

PÄIHDETYÖ JA SEN OSAAMINEN SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUISSA

Selvillä Saarikassa-hankkeen alkukysely

Mari Puttonen
Marja Shimati

Opinnäytetyö
Toukokuu 2011

Hoitotyön koulutusohjelma
Sosiaali- terveys- ja liikunta-ala



JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU
JAMK UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES



Tekijä(t) PUTTONEN, Mari SHIMATI, Marja	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 06.05.2011
	Sivumäärä 83	Julkaisun kieli suomi
	Luottamuksellisuus () saakka	Verkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi PÄIHDETYÖ JA SEN OSAAMINEN SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUISSA - SELVILLÄ SAARIKASSA-HANKKEEN ALKUKYSELY		
Koulutusohjelma Hoitotyö		
Työn ohjaaja(t) HEIKKILÄ, Johanna		
Toimeksiantaja(t) Perusturvaliikelaitos Saarikka ja JAMK		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Viiden Keskisuomalaisen kunnan alueella toimiva perusturvaliikelaitos Saarikka on tarjonnut alueelleen sosiaali- ja terveyspalvelut vuoden 2009 alusta lähtien. Selvillä Saarikassa-hankkeen päätavoitteena on kehittää uusi toimintamalli Saarikan alueen päihdepalveluihin. Opinnäytetyön tavoitteena oli raportoida Selvillä Saarikassa-hankkeen alkukyselyn tulokset hankkeen toiminnan suunnittelun perustaksi, sekä hankkeen vaikuttavuuden arvioinnin lähtötasomittaukseksi. Tarkoituksena oli kuvata Perusturvaliikelaitos Saarikan ja Visio-säätiön henkilöstön päihdetyön asenteita, tietoja, taitoja, ja osaamisen kehittämistarpeita. Lisäksi selvittää miten Perusturvaliikelaitos Saarikan päihdepalvelujärjestelmä ja yhteistyö eri toimijoiden välillä toimivat. Aineistonkeruumenetelmänä oli Digium- verkkokysely, vastausprosentti oli 34 (n=247). Kyselyn määrällinen aineisto käsiteltiin Excel- taulukkolaskentaohjelmalla ja havainnollistettiin kuvaajien ja taulukoiden avulla ja avoimet kysymykset analysoitiin sisällönanalyysillä.</p> <p>Alkukyselyyn vastanneella henkilökunnalla on päihdetyön osaamiseen liittyviä puutteita asennoitumisessa päihdeongelmiin ja päihdeasiakkaaseen, sekä kykenemisessä päihdeongelman varhaiseen tunnistamiseen. Päihderiippuvuuksia kohdattiin useammin kuin otettiin puheeksi. Yhteistyö eri toimijatahojen kanssa ei ollut kovin yleistä. Vastaajista suurin osa ei tuntenut oman alueensa päihdetyön osaamista eikä päihdetyön keskeisimpiä hoitomenetelmiä. Koulutustarpeita ilmeni mini-interventioon, motivoivaan haastatteluun sekä yhteistyöhön liittyen. Alkukyselyn tulosten perusteella hankkeessa tulee keskittyä varhaisen tunnistamisen sekä puheeksi ottamisen edellytysten lisäämiseen, yhteisten toimintatapojen luomiseen, eri toimijoiden yhteistyön ja moniasiantuntija osaamisen vahvistamiseen, siten että henkilöstö sitoutuu päihdetyöhön osana perustehtävää.</p> <p>Jatkossa voisi tutkia, minkälaisia vaikutuksia koulutuksella on ollut Saarikan henkilökunnan asenteisiin, puheeksi otto- ja yhteistyö taitoihin. Myös Selvillä Saarikassa-hankkeen vaikuttavuutta käytännön päihdetyöhön voisi selvittää.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Päihdetyö, asenteet, yhteistyö, päihdeasiakas, varhainen puuttuminen		
Muut tiedot Sivumäärä 56, liitteitä 26 sivua.		



Author(s) LAST, First PUTTONEN, Mari SHIMATI, Marja	Type of publication Bachelor's / Master's Thesis	Date 06.05.2011
	Pages 83	Language Finnish
	Confidential () Until	Permission for web publication (X)
Title SUBSTANCE ABUSER CARE AND THE RELATED PROFESSIONAL SKILLS IN SOCIAL AND HEALTH CARE SERVICES - A PRELIMINARY SURVEY FOR THE SELVILLÄ SAARIKASSA-PROJECT		
Degree Programme Nursing		
Tutor(s) HEIKKILÄ, Johanna		
Assigned by Basic security public service Saarikka and JAMK		
<p>Abstract</p> <p>Saarikka is a basic security public utility functioning within five municipalities in Central Finland providing basic social and health care services since the beginning of 2009. The main aim of the Selvillä Saarikka project is to create a new operational model for substance abuser services in the Saarikka area. The aim of this thesis was to report the results of a preliminary Selvillä Saarikka inquiry to serve as the basis for planning the project operations and for use in measuring the effectiveness of the project during its initial phase. The purpose of the thesis was to describe the current attitudes, skills, knowledge and expertise development needs of the personnel in the Saarikka basic security public utility and the Visio-foundation. In addition, the thesis aimed to find out how cooperation between the substance abuser services and different actors in the basic security public service Saarikka took place. The data collection method was a Digium web-based survey, in which the response rate was 34 (n = 247). The quantitative data of the questionnaire was processed by using the Excel spreadsheet program and was illustrated with graphs and tables. The data from the open-ended questions were analysed by using content analysis.</p> <p>The preliminary survey results indicated that the respondents possessed a lack of expertise in their attitudes and approach towards substance abuse problems and substance abusers and in their ability to identify substance abuse in its early stages. Substance abuse was encountered more often than it was addressed. Co-operation between different actors was not the norm. Most respondents lacked know-how in their own area of substance abuse work and in the main methods of treatment. The survey identified the need for further training in the areas of mini-intervention, motivational interviewing and cooperation. According to the results of the preliminary survey, the main focus of the project should be on improving the early identification and addressing of substance abuse, creating common practices, strengthening cooperation between different actors and enhancing multi-professional expertise. All this would enable health care personnel to incorporate substance abuse work as a part of their basic practice.</p> <p>Future research could focus on what effect training has had on attitudes, ability to address substance abuse issues and cooperation skills as well as how the Selvillä Saarikka project has affected practical substance abuse work.</p>		
Keywords Substance abuse, attitudes, cooperation, substance abuse client, early intervention		
Miscellaneous 56 pages, attachments 26 pages.		

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	4
2	PÄIHDEONGELMA.....	5
2.1	Päihdeongelman yleisyys	5
2.2	Päihteiden ongelmakäytön eri muodot	7
3	PÄIHDEPALVELUJEN ORGANISOIMINEN KUNNISSA.....	8
3.1	Päihdepalvelujen lainsäädäntö ja velvoitteet kunnille	8
3.2	Ehkäisevät ja korjaavat päihdepalvelut.....	11
3.3	Yhteistyörakenteet palvelujärjestelmässä.....	12
4	PÄIHDEONGELMIEN HOITO	13
4.1	Päihteisiin, niiden käyttöön ja käyttäjiin liittyvät asenteet	13
4.2	Päihderiippuvuuden yleiset hoitoperiaatteet	16
4.3	Varhainen puuttuminen päihteiden käyttöön	17
5	PÄIHDETYÖN KESKEISET OSAAMISALUEET.....	19
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	22
6.1	Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelmat.....	22
6.2	Tutkimusmenetelmä ja aineiston keruu	23
6.3	Aineiston analysointi	26
6.4	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	27
7	TUTKIMUSTULOKSET.....	29
7.1	Vastaajien taustatiedot.....	29
7.2	Henkilöstön asenteet päihdeasiakkaisiin ja päihdetyöhön.....	32
7.3	Henkilöstön toteuttama päihdetyö	36
7.4	Saarikan alueen päihdepalvelut ja yhteistyömuodot	41

7.5	Henkilöstön tiedot, taidot ja keskeisimmät koulutustarpeet päihdetyön kehittämiseksi.....	44
8	POHDINTA.....	49
	LÄHTEET	54
	LIITTEET	
	Liite 1. Saatekirje ja kyselylomake	59
	Liite 2. Frekvenssi- ja prosenttijakaumat ajatuksista joita päihdetyötä käyttävä asiakas herättää	69
	Liite 3. Frekvenssi- ja prosenttijakaumat liittyen asiakkaan kohtaamisen ja puheeksiottamisen useuteen.....	71
	Liite 4. Frekvenssi- ja prosenttijakaumat liittyen asiakkaan kohtaamistilanteeseen.....	72
	Liite 5. Frekvenssi- ja prosenttijakaumat liittyen toimintamallien ja ohjeiden merkitykseen päihdepalveluissa.....	74
	Liite 6. Frekvenssi- ja prosenttijakaumat liittyen yhteistyökumppaneihin sekä käytettyihin yhteistyömuotoihin	76
	Liite 7. Frekvenssi- ja prosenttijakaumat liittyen päihdeasiakkaan jatkohoitoon ohjaamisen vaikeuteen.....	78
	Liite 8. Frekvenssi- ja prosenttijakaumat liittyen päihdeasiakkaan jatkohoitoon ohjaukseen	79
	Liite 9. Frekvenssi- ja prosenttijakaumat liittyen vastaajien arvioon päihdetyön tiedoistaan.....	80
	Liite 10. Frekvenssi- ja prosenttijakaumat liittyen vastaajien arvioon päihdetyön taidoistaan	81
	Liite 11. Frekvenssi- ja prosenttijakaumat liittyen päihdetyön osaamisen kehittämistarpeisiin	82
	Liite 12. Kyselylomakkeen kysymysten jaottelu tutkimusongelmittain	84
	KUVIOT	
	KUVIO 1. Vastaajien arvio päihdeongelman osuudesta asiakaskunnassaan ..	33
	KUVIO 2. Ajatuksia, joita päihdeasiakas vastaajassa herättää.....	34
	KUVIO 3. Päihdeasiakkaan kohtaamisen ja puheeksi ottamisen useus.....	36
	KUVIO 4. Eri työskentelytapojen käytön useus kohdattaessa päihde asiakas	40
	KUVIO 5. Toimintamallien ja ohjeiden merkitys päihdepalveluissa	41

KUVIO 6. Yhteistyökumppanit ja käytetyt yhteistyömuodot päihdeasiakkaan hoidossa vuonna 2009	42
KUVIO 7. Päihdeasiakkaan jatkohoitoon ohjauksen vaikeus	43
KUVIO 8. Päihdeasiakkaan jatkohoitoon ohjaus vuonna 2009	44
KUVIO 9. Vastaajien arvio päihdetyön tiedoistaan	45
KUVIO 10. Vastaajien arvio päihdetyön taidoistaan	46
KUVIO 11. Vastaajien osaamisen kehittämistarpeet	47

TAULUKOT

TAULUKKO 1. Alkukyselyyn osallistuneiden taustatiedot (n 247)	30
TAULUKKO 2. Alkukyselyyn vastanneiden työtehtävät	31
TAULUKKO 3. Alkukyselyyn vastanneiden taustatiedot	32
TAULUKKO 4. Ikäryhmä, josta vastaaja kohtaa asiakkaita lukumääräisesti eniten	32

1 JOHDANTO

Päihdeongelmat ovat kasvaneet haastavalle tasolle maassamme, sillä päihteen käyttö ja siitä koituvat fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset haitat kuormittavat sosiaali- ja terveydenhuoltoa monin tavoin (Tammi, Aalto & Koski-Jännes 2009, 7). Päihdehuoltolaki ja -asetus velvoittavat kuntia tuottamaan päihdehuollon palveluita sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluissa. Päihdetyön tulisi olla osa jokaisen työntekijän toimenkuvaa, sillä se on osa terveydenhuollon perustehtävää. Päihdepalvelujen laatusuosituksissa edellytetään päihdeasioissa sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköiden selkeää työjakoa (Päihdepalvelujen laatusuositukset 2002, 41). Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa esitetään joustavaa sosiaali- ja terveystalouden saamista yhdestä paikasta matalalla kynnyksellä. Palveluja pyritään selkiyttämään ja vähentämään niiden päällekkäisyyttä organisoimalla ne paremmin (Mieli 2009-työryhmä, 28).

Saarikka on Saarijärven, Karstulan, Kivijärven, Kannonkosken ja Kyyjärven kuntien muodostama Perusturvaliikelaitos, joka perustettiin keväällä 2009 nojaten kunta- ja palvelurakennemuutoslakiin (169/2007). Lain mukaan terveyden- ja sosiaalihuollon palveluita järjestävällä yhteistoiminta-alueella tulee olla vähintään 20 000 asukkaan väestöpohja. Saarikan toiminta-alueelta puuttui sekä päihdepalveluiden toimintamalli että päihdepoliittinen ohjelma. Alueen keskeisimmät kolmannen sektorin päihdepalvelujen tuottajat olivat Sova-tek- ja Visio-säätiö. Perusturvaliikelaitos Saarikka on sikäli edistyksellinen, että sen toiminnassa yhdistyvät terveydenhuolto- ja sosiaalipalvelut.

Selvillä Saarikassa-hankkeen tarkoituksena on kehittää toimintamalli Saarikan alueen päihdepalveluihin. Uuden mallin avulla henkilöstön toivotaan sitoutuvan päihdetyöhön osana perustehtäväänsä. Päihdetyön moniasiantuntija-osaamista ja organisaatioiden välistä yhteistyötä halutaan vahvistaa varhaisen tunnistamisen ja puheeksi ottamisen edellytyksiä lisäämällä. Samalla luodaan yhteiset toimintatavat päihdetyöhön. (Selvillä Saarikassa - hankkeen projektikuvaus, 2-3)

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on esittää Saarikan ja Visio- säätiön henkilöstöille tehdyn alkukyselyn tulokset. Alkukysely on osa Selvillä Saarikassa – hanketta, ja se toteutettiin alkuvuodesta 2010. Kyselyssä kartoitetaan henkilöstön päihdetyön työtapoihin ja päihdeasiakkaisiin sekä monitoimijaiseen ja moniammatilliseen työskentelyyn liittyviä asenteita ja osaamista. Alkukartoitus on samalla lähtötasomittaus tarkasteltaessa projektin vaikuttavuutta. (Selvillä Saarikassa - hankkeen projektikuvaus, 2-3.)

2 PÄIHDEONGELMA

2.1 Päihdeongelman yleisyys

Yhdistyvä Eurooppa ja siitä johtuva rajojen avautuminen ovat vähentäneet yhteiskunnan vaikutusmahdollisuuksia alkoholin käytön, hinnan ja tarjonnan säätelemisessä. Tällä hetkellä Suomessa kulutetaankin alkoholia enemmän kuin koskaan ennen ja päihdepalvelujärjestelmä on monin tavoin kuormittunut. Tämä ilmenee myös vuoden 2009 Päihdebarometristä, jonka mukaan poiketen yleiseurooppalaisesta kehityksestä, on Suomessa alkoholinkulutus lisääntynyt viimeisten vuosikymmenten aikana. Myös muihin Pohjoismaihin

verrattuna Suomen alkoholin kulutusluvut ovat selvästi korkeampia. (Tammi ym. 2009, 7; Järvinen, Jokinen, Ketonen, Laari, Opari & Varamäki 2009,13.)

Edelliseen vuoteen verrattuna vuonna 2009 alkoholin kokonaiskulutus laski noin kaksi prosenttia ja sataprosenttiseksi alkoholiksi muutettuna alkoholia kulutettiin 10,2 litraa asukasta kohti. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimuksen mukaan noin 20 % ja naispotilaista noin 10 % on alkoholin ongelmakäyttäjä (Tarnanen, Alho & Malmivaara 2010). Arvioiden mukaan Suomessa olisi noin 300000-600000 alkoholin suurkuluttajaa ja heidän määränsä uskotaan kasvaneen 2000-luvulla, mikä taas on ollut yhteydessä alkoholin aiheuttamien sairauksien ja kuolemien lisääntymiseen. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2010, 16; Seppä 2003, 57.)

Vuoden 2009 Päihdebarometrin mukaan päihteistä juuri alkoholi aiheutti kunnille ja järjestöille eniten ongelmia. Päihdebarometriin vastanneet henkilöt olivat huolestuneita erityisesti nuorten päihteiden käytöstä, vaikka vastaajat näkivät myös myönteistä kehitystä tapahtuneen juuri nuorten päihteiden käyttöön liittyen ja heidän asenteissaan päihteettömyyttä kohtaan. Toisaalta vanhempien ongelmallisen päihteiden käytön vaikutukset lapsiin ja perhe-elämään huolestuttivat vastaajia. Vanhempien päihdeongelmat ilmenivät mm. perheväkivaltana ja huostaanottoina sekä lastensuojelun kuormittumisena. Vastaajat olivat huolestuneita päihdeongelmaisten vanhempien lasten syrjäytymisriskin lisääntymisestä ja ongelmien siirtymisestä sukupolvelta toiselle. (Järvinen ym. 2009, 17–18.)

2.2 Päihteiden ongelmakäytön eri muodot

Alkoholin suurkulutus voidaan määritellä sen mukaan, kuinka paljon asiakas nauttii päihteitä. Suomessa suurkuluttajan raja miehellä ylittyy, jos hän juo vähintään 24 alkoholiannosta viikossa tai kerralla seitsemän annosta. Naisilla suurkulutuksen raja täyttyy vähintään 16 viikko annoksella tai viidellä kerta-annoksella. Alkoholin suurkulutus voidaan jaotella kolmeen ryhmään: riskijuominen, haitallinen käyttö sekä alkoholiriippuvuus. (Aalto 2009, 891; Aalto 2010a, 8, 10.)

Päihteiden käyttö voi olla liiallista, vaikkei siihen liittyisikään riippuvuutta tai muita haittoja. Tällöin kyseessä voi olla alkoholin riskikäyttö tai haitallinen käyttö. Jaottelun raja-arvot ovat liukuvia eivätkä aina yksinkertaisia määrittää, mutta sitä apuna käyttäen voidaan kuvata henkilön päihderiskiä ja auttaa löytämään oikea hoito. Yksi ja sama henkilö ei voi kuulua kuin yhteen ryhmään kerrallaan, mutta ryhmästä toiseen siirtymistä tapahtuu. Päihderiippuvuudesta on kyse, jos henkilöllä on jatkuvasti tai ajoittain pakottava tarve saada päihteitä eikä hän hallitse suhdettaan päihteisiin. Riippuvuus saattaa olla sosiaalista, fyysistä tai psyykkistä sekä kaikkia edellä mainittuja sekaisin tai yhdessä. Päihderiippuvaisella päihteiden käyttöön liittyy jokin haitta tai hänellä on riski saada päihteiden käytöstä johtuva haitta. (Aalto 2010a,9; Holmberg, Hirschovits, Kylmänen & Agge 2008, 30.)

Vaikein päihteiden ongelmakäytön muodoista on päihderiippuvuus. Se on oireyhtymä, jossa oireet tai piirteet vaihtelevat suuresti yksilöittäin. Tästä syystä kaikkiin päihderiippuvaisiin soveltuvaa kuvausta ei voida esittää lyhyesti. Riippuvuus kuitenkin ilmenee kaikissa tapauksissa käyttäytymismuutok-

sina, jotka aiheutuvat päihteistä johtuvista muutoksista aivoissa. Lisäksi päih-teet aiheuttavat muutoksia yksilön tavassa havainnoida, tuntea ja ajatella. Päihderiippuvuus on psyykkinen riippuvuus, jossa henkilöllä on pakottava tarve päihteiden käyttöön vielä vieroitusoireidenkin mentyä ohi. Tämä aiheut-taa sen, että esimerkiksi juomisen merkitys on korostunut alkoholiriippuvai-sen elämässä ja alkoholin suurkulutus jatkuu haitoista huolimatta. (Aalto 2010a, 8-9.)

3 PÄIHDEPALVELUJEN ORGANISOIMINEN KUNNISSA

3.1 Päihdepalvelujen lainsäädäntö ja velvoitteet kunnille

Terveystenhuollon yleinen lainsäädäntö sekä sosiaalihoitolaki muodostavat palvelujärjestelmän perustan. Palveluja tulee tuottaa sosiaali- ja terveyden-huollon peruspalveluissa kehittämällä niitä siten, että päihteiden ongelma-käyttäjät pystytään riittävästi hoitamaan niiden piirissä sekä tarvittaessa oh-jaamaan päihdehuollon erityispalveluihin. Päihdehuollon peruspalveluilla tarkoitetaan terveyskeskusta eri toimintamuotoineen, työterveyshuoltoa ja erikoissairaanhoidon sekä sosiaalitoimiston palveluita. Päihdehuoltolaissa (41/1986) (Finlex) määritellään tarkemmin alkoholiongelmiin hoito ja kuntou-tus. Päihdehuollon tavoitteena on lain mukaan ehkäistä ja vähentää päihteiden ongelmakäyttöä ja siihen liittyviä sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja sekä edistää ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä toimintakykyä ja turvallisuutta. (Mäkelä & Aalto 2010, 44, 46–47.)

Toukokuussa 2011 voimaan tullut uusi terveydenhuoltolaki (HE 90/2010 vp) velvoittaa lisäksi, että terveydenhuollossa tehtävä päihdetyö tulee suunnitella

ja toteuttaa toimivana kokonaisuutena yhdessä kunnassa tehtävän muun päihdetyön ja mielenterveystyön kanssa. Kunta- ja palvelurakennemuutoslain (L 169/2007) tarkoituksena puolestaan on luoda edellytykset uudistukselle, jossa vahvistetaan kunta- ja palvelurakennetta. Lailla pyritään toimintakykyiseen ja eheään kuntarakenteeseen sekä varmistamaan laadukkaat ja hyvin saatavilla olevat palvelut koko maan alueella. Kuntien tulee muodostaa toiminnallisia yhteistoiminta-alueita. Terveyden- ja sosiaalihuollon palveluita järjestävällä yhteistoiminta-alueella tulee olla vähintään 20 000 asukkaan väestöpohja. Tämän lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisella kehittämisohjelmalla pyritään palvelujen laadun, vaikuttavuuden ja saatavuuden parantamiseen sekä alueellisten erojen vähentämiseen (Sosiaali- ja terveysministeriön kansallinen kehittämisohjelma 2008:6, 27).

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa (Mieli 2009 - työryhmä) ehdotetaan terveyden- ja sosiaalihuollon palveluja kehitettävän siten, että mielenterveys- ja päihdepalveluihin pääsee perusterveydenhuollon yksikön kautta joustavasti matalakynnyksisen yhden oven periaatteella. Tämä edellyttää terveyskeskuksissa olevaa sosiaalityöntekijän tai hoitajan matalan kynnyksen vastaanottoa, jossa voidaan arvioida asiakkaan hoidon tarve yhdessä hänen ja tarvittaessa myös hänen läheistensä kanssa (Mts. 19). Eri sektoreiden toimijoita kootaan yhteen mielenterveys- ja päihdetyön strategialla, ja tämä sisällytetään osaksi yhteistoiminta-alueen terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen strategiaa (Mts. 26). Kuntien mielenterveys- ja päihdepalvelujen päällekkäisyyttä pyritään vähentämään ja lisäämään selkeyttä paremmalla koordinaatiolla (Mts. 28).

Kunnilla on lain asettama velvollisuus järjestää peruspalveluihin sijoittuvat päihdepalvelut vastaamaan sisällöltään ja laajuudeltaan kunnassa esiintyvää

tarvetta, ja ne tulee järjestää lähtökohtaisesti avohuollon puitteissa. Jotta lain korostama oma-aloitteinen hoitoon hakeutuminen mahdollistuu, palveluilta edellytetään helppoa tavoitettavuutta eli myös ympäri vuorokautista saatavuutta tarvittavassa laajuudessaan. Lain lisäksi päihdepalveluiden laatusuosituksat korostavat, että päihdepalveluiden tulee olla laadukkaita ja monipuolisia sekä selkeästi työnjaollisesti organisoituja sosiaali- ja terveyspalvelujen eri yksiköissä (Päihdepalvelujen laatusuosituksat 2002, 15–16,41). Niitä tulee antaa päihteiden ongelmakäyttäjän lisäksi myös hänen perheelleen ja läheisilleen avun, tuen ja hoidon tarpeen mukaan huomioiden heidän etunsa toiminnassa. Laki edellyttää yksilöllistä tavoitteellista kuntoutussuunnitelmaa, jota tarkastetaan tarvittaessa, sekä asiakkaan itsenäistä selviytymisen tukemista ja hoidon perustumista luottamukseen. Päihteiden käyttäjää tulee tarvittaessa auttaa ratkaisemaan myös ongelmia, jotka liittyvät asumiseen, toimeentuloon ja työhön. (L 17.1.1986/41; A 29.8.1986/653; Lappalainen-Lehto, Romu & Taskinen 2008, 129–130; Mäkelä & Aalto 2010, 44.)

Alkoholin ja muiden päihteiden ongelmakäyttöä yleisesti lisäävien olosuhteiden ja elämäntapojen syntyminen ehkäisy kuuluu sosiaalilautakunnan ja kunnan muiden viranomaisten tehtäviin. Päihdehuoltolaki velvoittaa sosiaali- ja terveyslautakuntia seuraamaan päihteiden ongelmakäyttöä kunnassa ja välittämään tietoa ongelmakäytön syntyyn, ehkäisyyn ja hoidettavuuteen liittyvistä tekijöistä, sekä antamaan asiantuntija-apua muille viranomaisille samoin kuin kunnan asukkaille ja kunnassa toimiville yhteisöille. Kyseisten lautakuntien tehtäviin kuuluu järjestää ja kehittää päihdehuollon palveluja ja toimenpiteitä omilla toimintasaroillaan. Päihdetyö on osa sosiaali- ja terveydenhuollon perustehtävää, joten jokaisen työntekijän tulisi sisällyttää tämä osaksi työtään. Kunnat voivat tuottaa palvelut itse tai hankkia palvelut toiselta palvelun tuottajalta, kuten toiselta kunnalta tai kuntayhtymältä. Kuntien lisäksi päihdealan

järjestöt ja yhdistykset ovat merkittävässä roolissa päihdepalvelujen tuottajina. Päihdehuollon alueella toimivilta viranomaisilta ja yhteisöiltä edellytetään keskinäistä yhteistyötä. (L 17.1.1986/41; Mäkelä & Aalto 2010, 44; Lappalainen-Lehto ym. 2008, 129.)

3.2 Ehkäisevät ja korjaavat päihdepalvelut

Päihdetyön avulla ehkäistään päihteiden käyttöä sekä käyttöön liittyviä riskejä, haittoja ja ongelmia. Päihdetyö jaetaan ehkäisevään ja korjaavaan päihdetyöhön. Ehkäisevän päihdetyön avulla lisätään päihteisiin liittyvää tietoutta sekä edistetään päihteettömiä elintapoja. Sen tavoitteena on päihteiden kysynnän, saatavuuden, tarjonnan ja päihdehaittojen vähentäminen. Päihdehuolto- ja raittiustyölaki velvoittavat kuntia järjestämään ehkäisevää päihdetyötä esimerkiksi osana kunnan sosiaali- ja terveystalouksia sekä kouluissa ja nuorisotoiminnassa. (Havio, Inkinen & Partanen 2008, 109; Päihdetyön keskeiset käsitteet 2006; Päihdetyö ehkäisee ja korjaa 2009; Laatu- ja tavoittelemassa: Ehkäisevän päihdetyön laatukriteerit 2006, 6-9; Päihdepalvelut 2009.)

Ehkäisevällä päihdetyöllä vaikutetaan yksilöön ja hänen läheisiinsä, paikallisyhteisöihin ja yhteiskuntaan. Niihin vaikutetaan tietojen, asenteiden ja oikeuksien, suojaavien- ja riskitekijöiden sekä päihteiden ja niiden käyttötapojen tasolla. Vastaavasti korjaavalla päihdetyöllä tarkoitetaan päihdepalveluita, joiden avulla hoidetaan eri päihteiden ongelmakäyttäjiä ja heidän läheisiään sekä pyritään ehkäisemään ongelman toistuminen tai paheneminen ja päihderiippuvuuden haittoja. (Mts.)

3.3 Yhteistyörakenteet palvelujärjestelmässä

Moniammatillisuus on eri ammatti-ryhmien resurssien yhdistämistä ja työn jakamista eri toimijoiden kesken. Siinä painottuvat ammatillinen osaaminen, sosiaaliset taidot sekä vastuun ottaminen. Moniammatillisen työryhmän yhteisenä tavoitteena on asiakaslähtöinen potilaan kokonaisvaltainen hoitaminen ja auttaminen. Ramstadin (2008, 112) mukaan monitoimijuudesta on kyse silloin kun asiakasta hoitavilla tahoilla on yhteinen tavoite ja pyrkimys. Heillä voi olla erilaiset lähestymis- ja toimintatavat, arvot ja tiedot, mutta tavoitteena on kuulla ja kuunnella toistensa näkemykset asiakkaan tilasta ja parhaasta. Moniammatillisuutta laajempi käsite on monitoimijainen yhteistyö, jossa on mukana myös kolmannen sektorin toimijoita, kuten vapaaehtoisia päihdetyöntekijöitä tai vertaisryhmän jäseniä. Hyvin usein toimivan yhteistyön myötä moniammatillinen työskentely muuttuu luontevasti moniasiantuntijuudeksi, jossa esimerkiksi tukihenkilö tai asiakas itse saa asiantuntijaroolin. Moniasiantuntijuudessa osaaminen, tieto ja valta jaetaan ryhmän kesken. (Holmberg 2010, 151–152, Honkanen 2010, 214; Lappalainen-Lehto ym. 2008, 260; Anttila & Rousu 2004, 28; Vähäniemi 2008, 120; Nykänen 2010, 4)

Päihdetyössä tarvitaan laaja-alaista osaamista ja yhteistyötä sekä asiakkaan edun että työntekijän jaksamisen vuoksi. Jokainen ammattiryhmänsä edustaja voi olla sekä oppijana että asiantuntijana tapaamisessa. Edustajat kuulevat toistensa näkemykset potilaan hoidosta ja hoidon linjauksista, ja he voivat sopia työnjaoista ja vastuista yhdessä. Tämän edellytyksenä on avoin dialogi sekä asiakkaan hyväksi yhdessä tekeminen. Vuorovaikutuksen, ryhmädynamiikan ja reflektoinnin avulla luodaan yhteiset työkäytännöt ja menettelytavat päihdeongelmien käsittelyyn osana työyhteisön normaalia toimintaa. Koulu-

tusta, työnohjausta, konsultointia sekä tiedotusta voidaan käyttää pelisääntöjen laatimisen keinoina. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 260–261; Holmberg 2010, 151–152.)

Päihdeasiakkaan oma näkemys hänelle sopivista hoitomenetelmistä on tärkeämpi kuin eri ammattiryhmien ja työntekijöiden näkemykset. Moniammatillisen yhteistyön tehtävänä on toimia tässä hänen tukenaan. Tämän yhteistyömuodon avulla päästään parempaan tulokseen kuin minkä ryhmän yksittäisten jäsenten suoritukset yhteensä tuottaisivat. Siksi moniammatillinen yhteistyö olisikin hyvä saada jalkautettua osaksi työ kulttuuria; näin myös turvattaisiin työmuodon jatkuvuus työntekijöiden vaihtuessa. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 262; Holmberg 2010, 151.)

4 PÄIHDEONGELMIEN HOITO

4.1 Päihteisiin, niiden käyttöön ja käyttäjiin liittyvät asenteet

Asenteella tarkoitetaan henkilön myönteisistä tai negatiivista näkökantaa asioihin. Asenne koostuu tiedoista, mutta myös erilaisista tunteista. Henkilön elämäkokemus, kasvu ympäristön arvomaailma ja ympäröivä kulttuuri ovat osatekijöinä asenteiden kehittämisessä. Asenteilla on suuri merkitys elämässämme, sillä ne vaikuttavat mm. elintapoihimme ja suhtautumiseemme päihteisiin. Henkilön asenteet ja odotukset alkoholia kohtaan kehittyvät osin jo lapsuudessa. Väestöstä noin 90 prosenttia käyttää alkoholia, ja suurin osa aikuisista hyväksyy kohtuullisen alkoholin käytön. Suomalaiset yleensä ihailevatkin runsaasti alkoholia kestävä henkilöä, jolla näyttää kaikki olevan hyvin

ulkoisesti. Toimeentulonsa ja perheensä menettänyttä epäsiistiä henkilöä puolestaan halveksitaan. (Seppä 2003, 91.)

Suomalaisten alkoholiasenteet 2010-tutkimuksen (Tekry) tuloksista käy kuitenkin ilmi, että suomalaiset asennoituvat aiempaa kielteisemmin alkoholin käyttöön ja humalajuomiseen. Kansalaisista 77 prosentin mielestä alkoholia käytetään Suomessa liikaa. Humalaisten näkyminen ja käyttäytyminen kodin ulkopuolisissa arkisissa ympäristöissä häiritsee ja lisää turvattomuuden tunnetta. Yli 90 prosenttia suomalaisista hyväksyy alkoholin käytöstä kysymisen ja lisäneuvonnan terveydenhuollon vastaanotolla. Myönteisyys kysymistä kohtaan on lisääntynyt vuodesta 2006. (Järvinen & Varamäki 2010, 19–20, 25, 28.)

Nuorten lisääntynyttä humalajuomista on selitetty osin kapinana aikuisia vastaan. Naisten samaistuminen mieskulttuuriin ja työelämän johtotehtäviin on puolestaan lisännyt naisten alkoholin käyttöä. Heidän humalajuomiseensa suhtaudutaankin kielteisemmin kuin miesten. Naiset ovat itsekin kielteisempiä humalajuomista kohtaan, ja heidän suhtautumisensa alkoholiin ja sen kulutustasoon on ylipäättään jyrkempi kuin miesten. (Järvinen & Varamäki 2010, 19–20; Seppä 2003, 91)

Hoitavan henkilön asenteilla on merkitystä päihdepotilaan hoidon aloittamiseen, sisältöön ja toteuttamiseen, sillä päihdepotilaiden hoitaminen herättää aina jonkinlaisia tunteita. Tutkimusten mukaan (mm. Myllylä 2008, 25) henkilöstöllä on päihdeongelmaisia kohtaan kielteisiä ja pessimistisiä asenteita, vaikka he katsovatkin päihdeasioiden hoidon kuuluvan osana toimenkuvaansa. Aalto (2009, 895) toteaa artikkelissaan, että tällä hetkellä päihdehoidon suurimpana haasteena on alkoholin suurkulutuksen koko kirjon hahmottami-

nen, sillä päihdepalvelujen piiriin pitäisi saada myös lievempiä riippuvuusmuotoja. Terveystieteidenhuollossa on pitkään hoidettu päihdeasiakasta vasta, kun hoitoon hakeutumisen syynä on ollut jokin fyysinen vamma tai elinkomplikaatio. Tällöinkään tilanteissa ei ole puututtu asiallisesti taustalla olevaan alkoholin suurkulutukseen. Päihdeasiakas nähdään usein välttämättömänä pahana, joka kuluttaa turhaan terveydenhuollon resursseja. Terveystieteidenhuollon sijaan hänen nähdään kuuluvan päihdehoitoon, sosiaalitoimistoon tai poliisille. (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 242; Seppä 2003, 92–93)

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa syrjiviä asenteita pyritään muuttamaan siten, että sosiaali- ja terveydenhuollon päätöksentekijöille, johdolle ja työntekijöille pyritään tarpeen mukaan järjestämään täydennyskoulutusta asenteiden muuttamiseksi. Tavoitteena on, että päihdeongelmiin suhtauduttaisiin samalla vakavuudella kuin muihinkin terveysongelmiin. (Mieli 2009 – työryhmä 2009, 18.) Myllylä (2008, 25) toteaa tutkimuksessaan, että lisäämällä tietoa vaikutetaan positiivisesti hoitohenkilökunnan asenteisiin päihdeasiakkaita kohtaan.

Henkilökunnan kielteisen asennoitumisen taustalla voi olla kiire, turhautuminen ja vaikeudet tunnistaa omat asenteensa alkoholia ja sen käyttöä kohtaan. Myös osa terveydenhuollon ammattihenkilöistä ajattelee sairauden olevan ”itse aiheutettu” ja epäilee hoitojen tehokkuutta. Levänen (2006, 62) kertoo, että Swenson-Brittin ym. (2000) mukaan ei ole kiinnitetty riittävästi huomiota tulevien sairaanhoitajien kielteisiin asenteisiin päihdeasiakkaita kohtaan. Riittämätön tieto päihdeasiakkaan hoidosta voi herättää pelkoa, epävarmuutta, avuttomuutta ja keinottomuuden tunteita työntekijässä. Saatetaan myös pelätä potilaan olevan aggressiivinen. Päihdepotilaan persoonan epävakaus voi johtaa erilaisiin näkemyksiin potilaan hoidosta. Hoidon erilaiset linjaukset

saattavat myös johtaa ristiriitoihin työyhteisössä. Myllylä (2008, 63) on todennut, että riittämättömyyden ja turhautumisen tunteet sekä epävarmuus ja pelko johtavat hoitajien kielteisiin asenteisiin päihteiden käyttäjiä ja heidän kanssaan työskentelyä kohtaan. (Lappalainen - Lehto ym. 2008, 242; Seppä 2003, 92–93; Seppä, Alho & Kiianmaa 2010, 55.)

4.2 Päihderiippuvuuden yleiset hoitoperiaatteet

Päihderiippuvuuden eteneminen on yksilöstä riippuvaista. Ainoastaan harvat päihderiippuvaiset hakeutuvat hoitoon ja saavat asiallista hoitoa. Se, että päihderiippuvuus on krooninen biologinen sairaus hermostollisineen perustoineen, on kuitenkin kiistatta todettu. Joskus toipuminen riippuvuudesta on mahdollista ilman hoitotoimenpiteitäkin esimerkiksi läheisten tai vertaistukiryhmien avulla, mutta toipuminen ilman minkäänlaista ammattiapua ei kuitenkaan yleensä onnistu. (Seppä, Alho & Kiianmaa 2010, 13,55.)

Päihderiippuvuuden hoidon kulmakiviä ovat psykososiaaliset hoidot, joiden vaikutuksia voidaan parantaa lääkehoidolla. Tärkeä hoidon kohde etenkin hoidon alkaessa on päihdeongelmaan liittyvä muutosmotivaation vaihtelu. Vaikka toivottu raitistuminen ei heti tapahtuisikaan, pitää hoitoa kuitenkin jatkaa. Vain pitkäjänteinen työskentely pätevän ammattilaisen tai työryhmän kanssa voi tuoda toivottuja tuloksia kroonistuneelle riippuvaiselle. Hoidon perimmäisenä pyrkimyksenä pitäisi olla täysraittius, sillä vain pieni osa esimerkiksi alkoholiriippuvaisista voi palata kohtuukäyttäjiksi. Yleensä päihteidenkäyttäjät eivät kuitenkaan ole valmiita tavoittelemaan täysraittiuutta hoitoa aloitettaessa. Pitempiaikaiseenkin raittiuteen voidaan päästä vasta päihderiippuvaisen itse sitä todella halutessa. Joskus voidaan myös kokeilla ulkoa-

Puutteelliset tiedot, työntekijän kykenemättömyys toisen tunteiden kohtaamiseen ja siitä johtuva, usein tiedostamaton itsensä suojaaminen tai jopa hienotunteisuuteen vetoaminen saattavat olla esteinä tehokkaalle päihdepuuttumiselle. Myös työntekijän omien päihdeasenteiden selkiytymättömyys, epätoisuus omasta toimintamallistaan puuttumistilanteissa, negatiiviset ajatukset päihdehoitojen onnistumisesta tai työyhteisöjen epätarkoituksenmukaiset toimintatavat johtavat usein siihen, että hoitotyön tehokas interventio sekä asiaankuuluva päihdekartoitus jää tekemättä, vaikka alkoholin ja muiden päihteiden käytön selvitys tulisi olla rutiinia. Oikein käytettynä mini-intervention on todettu olevan vaikuttava hoitomuoto, joka on yksi keskeisimmistä keinoista alkoholihaittojen vähentämisessä. Laajasti toteutettuna sillä olisi myös huomattava merkitys kansanterveydellisesti, sillä aikaisempien tutkimustietojen perusteella tuhannet suurkuluttajat vähentäisivät alkoholin kulutustaan, jos mini-interventio otettaisiin terveydenhuollossa laajasti käyttöön. (Holmberg ym. 2008, 254; Aalto & Seppä 2007.)

Aallon (2009, 891) mukaan tällä hetkellä suurin päihdehoidon haaste on havaita alkoholin suurkulutus kauttaaltaan ja ottaa hoitojen piiriin lievempiä riippuvuusongelmia. Hän toteaa, että varhaisvaiheen alkoholin suurkuluttajille tulisi järjestää mini-interventio yhdistettynä vastaanottokäyntiin, sillä suurkuluttajista yksi kymmenestä hyötyisi tästä, ja lyhytneuvonnan hoitovaikutus kestäisi ainakin 1-2 vuotta. Aalto (2009, 891) toteaa edelleen, että mikäli mini-interventio ei vähennä asiakkaan juomista, apuna hoidossa voidaan käyttää toista varhaisen puuttumisen mallia, motivoivaa haastattelua. Vasilaki ym.(2006) kirjoittaa artikkelissaan, että motivoiva haastattelu on tehokas interventio vähentää alkoholin kulutusta. Hänen tarkastelunsa osoitti, että tehokkainta sen käyttö oli erityisesti nuorilla aikuisilla, riskijuojilla, alkoholia haitallisesti käyttävillä sekä lievästi alkoholiriippuvaisilla.

Motivoivassa haastattelussa osapuolten välistä vuorovaikutusta käytetään muutoksen voimana. Siinä hyödynnetään rakentavasti potilaan vastustusta samalla voimistaen yksilön sisäistä motivaatiota muutokseen tutkimalla ja selvittämällä ongelmakäyttäytymiseen sisältyvää ristiriitaa. Lähtökohtana on ihmisestä itsestään löytyvät muutoksen edellytykset, jotka työntekijän on tarkoitus löytää vetoamalla haastateltavan omiin havaintoihin, tavoitteisiin ja arvoihin. Menetelmä on asiakaslähtöinen työskentelytapa, jota työntekijä ohjaa. Haastateltavan kykyä ja oikeutta kyetä itse valita omat tavoitteensa tulee kunnioittaa. Työskentelymenetelmän lähtökohtina ovat yhteistyö, herättely ja asiakkaan itseohjautuminen. Haastattelutilanteessa vältetään opettamista, kasvattamista, asiantuntijana toimimista ja väittelyä, sillä työntekijän oma käytös vaikuttaa hyvän vuorovaikutustilanteen syntymiseen. Kriittisyys ja käännetyksinto aiheuttavat asiakkaassa negatiivisia ajatuksia, kun taas turvallinen ja luottamuksellinen ilmapiiri lisäävät asiakkaan myönteisyyttä sekä avoimuutta vuorovaikutustilanteessa. (Havio ym. 2008,128; Alkoholineuvonnan opas. Motivoiva haastattelu 2008. Suhonen n.d.)

5 PÄIHDETYÖN KESKEISET OSAAMISALUEET

Päihdetyön pyrkimyksenä on edistää yksilön hyvinvointia ja terveyttä ehkäisemällä päihteiden käyttöä ja käytön riskejä. Päihdetyön tulee ehkäistä alkoholin aiheuttamia haittoja ja ongelmia, ja sisältää sekä hoitavaa että kuntouttavaa toimintaa. Päihdetyöhön osallistuvat kaikki hoitotyön asiantuntijat omassa ammattiroolissaan. Päihdetyötä tekevien henkilöiden tulee tuntea ja noudattaa työssään päihdetyötä sääteleviä lakeja ja niitä koskevan muun ohjeistuksen keskeistä sisältöä. Heidän tulee tietää ja osata käyttää työssään hyväksi päihdehoitotyön keskeisiä ohjenuoria. Myös valtakunnallisten ja maail-

manlaajuisten päihdetyön ohjelmien ja normistojen olennaisen sisällön tulee olla tuttua. (Holmberg ym. 2008, 79, 83; Näyttötutkinnon perusteet, 8-12.)

Päihdetyötä tekevien henkilöiden tulee omata taito ohjata päihdeasiakas taroituksen mukaiseen jatkohoitoon tuntemalla päihdepalvelujärjestelmän. Heidän on tärkeää osata soveltaa päihdetyön keskeisimpiä hoitoa ja kuntoutusta tukevia lähestymistapoja ja hoitomenetelmiä, sekä niiden käytännön toimintamalleja tiedostaen niihin erikoistuneet toteuttajat. Onkin ensiarvoisen tärkeää, että päihdetyöntekijä on perehtynyt riippuvuusilmiöön ja yleisimpiin päihdyttäviin sekä riippuvuutta aiheuttaviin aineisiin. Lisäksi työntekijän tulee tunnistaa niiden aiheuttamat psyykkiset, fyysiset ja sosiaaliset vaikutukset ihmisessä ja hänen läheisissään. Tällöin hoitotyöntekijä osaa puuttua ammatillisesti tilanteeseen, hoitaa päihdepotilaita tehokkaasti sekä ohjata heitä jatkohoitoon. (Holmberg ym. 2008, 86; Näyttötutkinnon perusteet, 9-13.)

Päihdehoitotyön osaaminen perustuu näkemykseen terveyden edistämisestä ja ehkäisevästä päihdetyöstä. Ihmisen jokaiseen eri elämänvaiheeseen liittyviin terveyttä edistäviin, tukeviin sekä uhkaaviin tekijöihin tulee olla perehtynyt, sillä ihmisen kasvun sekä kehityksen tuntemus ovat tärkeitä osaamisen aloja päihdehoitotyön ammattilaiselle. Lisäksi tulee omata valmiudet hoitavaan vuorovaikutussuhteeseen, joka edellyttää tekijältään hyvää myötäelämisen kykyä, taitoa tunnistaa hoitosuhteen psykodynaamiset ilmiöt ja kykyä säilyttää tietty etäisyys hoitotilanteissa. Oli kyse mistä sairaudesta tahansa, hoitosuhteessa työntekijän tulee auttaa potilaan omien voimavarojen tunnistamisessa sekä vahvistamisessa. Päihdetyötä tehdessä voimavaranäkökulma estää potilaan leimautumista sekä vahvistaa hänen itsetuntoaan. Myös hoitotyötä tekevän henkilön omien voimavarojen tunteminen ja oman rajallisuuden

ymmärtäminen on tärkeää, jotta hän pystyy arvioimaan ja perustelemaan omia ratkaisujaan ja toimintaansa päihdetyössä. (Holmberg ym. 2008, 82 - 83.)

Hyvän päihdetyön edellytyksenä on kyky ja valmius ymmärtää asiakkaan hätä ja avuntarve kriisitilanteissa. Päihdetyössäkin terapeuttisesta eli hoitavasta kohtaamisesta on tullut hoitotyön keskipiste. Kuluneina vuosina on myös alettu painottaa dialogiin ja tasavertaiseen osallistumiseen perustuvaa yhteistyötä eri tahojen, kuten asiakkaan ja hänen omaistensa sekä eri ammattiryhmien välillä. Päihdetyöhön osallistuvan henkilön tulee tuntea ja käsittää kanssakäymisen tarkoitus ja pystyä luomaan hyvä ja luottamuksellinen vuorovaikutussuhde. Tämän avoimen dialogin edellytyksenä on välitön reagointi avunpyyntöön sekä ryhmätyöskentelyn ja verkoston käyttäminen voimavarana hoidossa. Työntekijältä avoimen dialogin työtavassa vaaditaan joustavuutta, psykologista jatkuvuutta, vastuullisuutta ja kykyä sietää epävarmuutta. (Holmberg ym. 2008, 83–84.)

Päihdetyössä toimivan henkilön tulisi myös osata työskennellä oman työnsä asiantuntijana moniammatillisessa työympäristössä ja tehdä yhteistyötä eri tahojen kanssa, sillä monitoimijoiden muodostamia työryhmiä tarvitaan kokonaisvaltaisessa mielenterveys- ja päihdetyössä. Työryhmissä sairaanhoitaja koordinoi hoidon sekä toimii potilaan verkoston koollekutsujana. Tällaisessa monitoimijoiden muodostamassa verkostossa voidaan tarkastella potilaan elämäntilannetta monipuolisemmin ja laajemmin sekä potilaan saama apu on innovatiivisempaa kuin jos kyseessä on ainoastaan moniammatillinen verkostoyhteistyö. (Holmberg ym. 2008, 23.)

Vain harjoituksen kautta oppii selvittämään asiakkaan päihteiden käytön riittävän tarkasti. Suuri osa terveydenhuollon työntekijöistä tarvitsee tätä taitoa.

On tärkeää osata yhdistää päihteisiin liittyvät kysymykset vastaanotolla käsiteltävään asiaan. Tämän taidon omaava empaattinen työntekijä pystyy luomaan pohjan luotettavalle tiedon saamiselle. Päihteidenkäyttö tulisi ottaa puheeksi luonnollisena osana potilaan tilanteen ja hoidon kartoitusta. Taitava haastattelija tunnistaa riskikulutuksen usein hyvin, vaikka ei aina ensimmäisellä tapaamiskerralla. (Aalto 2010c, 32-33; Lappalainen-Lehto ym. 2007, 152.)

Myllylä (2008, 66) tutki perusterveydenhuollossa työskentelevien sairaanhoitajien valmiuksia kohdata päihteidenkäyttäjiä. Hänen tutkimustulostensa mukaan sairaanhoitajat kokivat saaneensa vain vähän päihteisiin ja päihteiden käyttäjien hoitoon liittyvää koulutusta ammatillisissa perusopinnoissaan. Sairaanhoitajien työpaikasta riippumatta myös päihteisiin ja päihteiden käyttäjien hoitoon liittyvän täydennyskoulutuksen määrä oli vähäistä.

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

6.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelmat

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on raportoida Selvillä Saarikassa-hankkeen alkukyselyn tulokset hankkeen toiminnan suunnittelun perustaksi sekä hankkeen vaikuttavuuden arvioinnin lähtötasomittaukseksi. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata Perusturvaliikelaitos Saarikan ja Visio-säätiön henkilöstön päihdetyön asenteita, tietoja, taitoja ja osaamisen kehittämistarpeita sekä selvittää, miten Perusturvaliikelaitos Saarikan päihdepalvelujärjestelmä ja yhteistyö eri toimijoiden välillä toimivat sekä millaisia osaamisen kehittämistarpeita niissä on.

Tutkimusongelmat ovat seuraavat:

1. Millaisia ovat henkilöstön asenteet päihdeasiakkaisiin ja päihdetyöhön liittyen?
2. Millaista on henkilöstön toteuttama päihdetyö?
3. Miten Saarikan alueen päihdepalvelujärjestelmä ja yhteistyö toimivat?
4. Mitkä ovat henkilöstön tiedot, taidot ja keskeisimmät osaamisen kehittämistarpeet päihdetyön kehittämiseksi?

6.2 Tutkimusmenetelmä ja aineiston keruu

Tässä opinnäytetyössä pääasiallisena tutkimusmenetelmänä käytettiin kvantitatiivista menetelmää, jolle on tyypillistä havaintoaineiston soveltuvuus määrälliseen mittaamiseen sekä aineiston muokkaaminen tilastollisesti käsiteltävään muotoon. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 140) Tutkittavan tiedon kerääminen määrällisellä menetelmällä antoi mahdollisuuden saada konkreettista tietoa vastaajien päihdetyön tiedoista, taidoista ja asenteista, sekä siitä, miten Perusturvaliikelaitos Saarikan toiminta-alueen päihdepalvelujärjestelmä ja yhteistyö toimijoiden välillä toteutuvat.

Kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on tarkastella aineistoa monitahoisesti sekä yksityiskohtaisesti tutkimuskohdetta ymmärtäen (Hirsjärvi ym. 2009, 164, 181). Tässä opinnäytetyössä hyödynnettiin myös pienessä määrin laadullisen menetelmän periaatteita. Avointen kysymysten avulla oli tarkoitus selvittää syvemmin vastaajien henkilökohtaisia kokemuksia ja ajatuksia. Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin kyselylomaketta. Kyselylomaketutkimuksella on mahdollista saada riittävän laaja tutkimusaineisto,

koska lomakkeen avulla voidaan tiedustella monia asioita useilta henkilöiltä. Tässä kyselyssä Perusturvaliikelaitos Saarikan alueen henkilöstöltä sekä Visio-säätiön henkilökunnalta. (Hirsjärvi ym. 2009, 195.)

Kyselylomake suunniteltiin Sairaanhoidajaliiton valtakunnallisessa hankkeessa Toimintamallit käytäntöön kehitetyn päihdetyön osaaminen ja Kotkan Päihdehoitotyön osaaminen hyödyksi - hankkeiden kyselylomakkeiden pohjalta. Lupa saada hyödyntää edellä mainituissa hankkeissa kehitettyä lomaketta saatiin Sairaanhoidajaliiton projektipäällikkö Petri Kylmäselältä ja Susanna Lehtomäeltä sekä Kotkan projektin vastaavalta henkilöltä ylihoitaja Tuula Karttuselta. Kyselylomakkeen kysymyksissä oli sekä valinnaisia vastausvaihtoehtoja että avoimia kysymyksiä. Kyselylomakkeen kysymykset jaoteltiin tutkimusongelmittain. (Kts. liite 12.) Kyselyssä esitettiin yhdeksän taustatietoihin liittyvää kysymystä. Likert-asteikkollisia kysymyksiä oli 12. Likertin-asteikkoa käyttäen voidaan mitata vastaajien asenteiden samanmielisyyttä. Sitä voidaan käyttää mielipideväittämissä, ja siinä on usein 4- tai 5-portainen asteikko. (Heikkilä, 2008, 53; KvantimOTV) Avoimia kysymyksiä lomakkeessa oli neljä. Kohtiin 17, 18 ja 19 vastasivat vain asiakastyöhön osallistuvat henkilöt.

Taustatiedoissa kartoitettiin vastaajien työnantajaa, ammattia, työtehtävien luonnetta, koulutusta, ikää, työkokemusta nykyisissä tehtävissä vuosina, peruskoulutukseen sisältyneen erityisesti päihteisiin liittyvän koulutuksen määrää sekä sitä, oliko vastaaja käynyt työssä ollessaan päihdekoulutuksessa. Vastaajien päihdetyön asenteita tutkittiin arvioimalla alkoholiongelmaisten asiakkaiden prosentuaalista määrää koko potilasaineistosta. Asteiteita selvitettiin 12 päihdeaiheisen väittämän avulla, joilla arvioitiin hoitajien asenteita päihdeasiakasta kohtaan. Tässä asteikkona oli viisi portainen Likert-asteikko (täy-

sin samaa mieltä... en osaa sanoa). Päihdeasiakkaisiin kohdistuneita asenteita selvitettiin lisäksi avoimen kysymyksen avulla.

Alkukyselyssä tutkittiin myös henkilöstön päihdetyön osaamista. Asiakkaan kohtaamista ja puheeksi ottamista selvitettiin eri taustamuuttujien avulla neliporaisella Likert-asteikolla. Avoimessa kysymyksessä vastaajat saivat selvittää tarkemmin, miksi puheeksiotto oli vaikeaa. Viidessätoista väittämässä vastaajia pyydettiin arvioimaan työskentelytapojaan päihdeasiakkaan kohtaamisessa viisiportaisella Likert-asteikolla (aina... en koskaan). Lisäksi tutkittiin yhteisten päihdetyön toimintamallien merkitystä päihdepalveluissa 13 väittämän avulla, jotka olivat myös viisiportaisella Likert-asteikolla (täysin samaa mieltä... ei osaa sanoa).

Kyselyn avulla selvitettiin miten Saarikan alueen päihdepalvelujärjestelmä ja yhteistyö toimivat. Vastaajien tuli kuvata, mitä eri yhteistyömuotoja eri yhteistyökumppanien kanssa he olivat käyttäneet. Vastausvaihtoehtoina olivat seuraavat: olen ollut yhteistyössä kasvokkain, sähköpostitse, puhelimitse, kirjeitse, en ole ollut yhteistyössä. Vastaajilta tiedusteltiin päihdeasiakkaan jatkohoitoon ohjaamisen vaikeutta vaihtoehtojilla usein, melko usein, harvoin, erittäin harvoin, ei koskaan ja ei kuulu työtehtäviini. Päihdeasiakkaan jatkohoitoon ohjausta vuonna 2009 tarkasteltiin myös kymmenen muuttujan ja viisiportaisen Likert-asteikon avulla (usein...en kertaakaan vuonna 2009).

Henkilöstön tietoja, taitoja ja keskeisimpiä koulutustarpeita päihdetyön kehittämiseksi tarkasteltiin antamalla itsearviointia varten väittämiä, joihin vastattiin neliporaisella Likert-asteikolla (erittäin hyvin...en lainkaan). Tietoihin liittyviä väittämiä oli yhdeksän ja taitoihin liittyviä 11. Osaamisen kehittämistarpeita selvitettiin 19 väittämän kautta viisiportaisella Likert-asteikolla (erit-

täin paljon... en lainkaan). Kyselylomakkeen lopussa oli myös avoin kysymys, johon sai antaa muita kommentteja tai huomioita moniammatillisesta päihde-työstä ja päihdepalveluiden kehittämisestä Saarikassa.

6.3 Aineiston analysointi

Alkukyselyn kohderyhmänä olivat Perusturvaliikelaitos Saarikan ja Visiosäätiön henkilökunnat, joille kysely toteutettiin Digium-verkkokyselynä. Perusturvaliikelaitos Saarikan johdolta ja Visiosäätiön johtajalta saatiin henkilöstön sähköpositiosoitteet, joihin lähetettiin 11.1.2010 yhteensä 724 sähköpostikutsua, joista kahdeksan Visiosäätiöön. Vastaamatta jättäneille lähetettiin yksi muistutusviesti 19.1.2010. Vastausaikaa oli kaksi viikkoa. Kyselyyn vastasi 247 henkilöä eli vastausprosentti oli 34.

Aineiston analysoinnissa hyödynnettiin Digium-kyselyohjelmistosta saatuja frekvenssi- ja prosenttijakaumia. Tulosten tarkastelun helpottamiseksi tutkimusaineistoa muokattiin ja jäsennettiin helpommin ymmärrettävään muotoon. Tutkimusaineisto siirrettiin kysymys kerrallaan Excel- taulukkolaskentaohjelmaan, jonka avulla tuloksia voitiin havainnollistaa kuvaajien avulla. Laadullinen aineisto analysoitiin aineistosta lähtevällä eli induktiivisella sisällönanalyysillä. Siinä tarkastellaan aineistoa monitahoisesti ja yksityiskohtaisesti (Hirsjärvi, ym. 2009, 164). Avoimet kysymykset analysoitiin yksi kerrallaan. Kumpikin tutkija teki oman analyysinsä. Analyyseja verrattiin keskenään ja lopuksi niiden pohjalta muodostettiin yhteinen analyysi. Analysointi vaiheessa avointen kysymysten vastaukset yhdistettiin siten, että niistä etsittiin yhtäläisyyksiä. Vastaukset ryhmiteltiin ja niistä muodostettiin ala-

luokkia, joista edelleen syntyivät yläluokat. Luokitteluja tehtäessä vastaukset käytiin läpi useita kertoja toimivan luokituksen varmistamiseksi.

6.4 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen eettisyys pyrittiin varmistamaan usealla tavalla. Tutkimuslupaa ei tarvittu, sillä toimeksianto hankkeelle tuli Saarikan johdolta. Saarikan ja Visio-säätiön henkilöstöille lähetettiin sähköpostitse kutsu vastata Digium-kyselyyn (Liite 1). Kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista, mutta sen tärkeyttä korostettiin. Kutsun mukana oli saatekirje, jossa kerrottiin tutkimuksen taustasta ja tarkoituksesta. Vastauksia käsiteltiin anonymisti ja luottamuksellisesti. Tutkimusetiikan perusteiden mukaan tutkittavalle tulee antaa mahdollisuus säilyä anonyminä koko tutkimuksen ajan. Henkilöllisyyden salaaminen antaa vastaajille rohkeutta puhua asioista rehellisesti ja suoraan, sekä auttaa tutkijaa keskeisten tulosten löytämisessä (Mäkinen 2006, 114). Sairaanhoidajaliiton projektipäälliköltä sekä Kotkan projektin vastaavalta henkilöltä saatiin lupa hyödyntää heidän aiemmissa hankkeissaan kehitettyä lomaketta. Alkukyselyn tulokset raportoitiin siten, että yksittäistä henkilöä ei voitu tunnistaa vastausten perusteella. Opinnäytetyö esitettiin Saarikan päihdetyön vastaavien koulutuspäivässä 28.4.2011, jossa kerrottiin Selvillä Saarikassa-hankkeen alkukyselyn keskeisimmät tulokset.

Toteutetun kyselyn luotettavuuteen saattaa vaikuttaa se, että kyselyn raportit eivät olleet mukana kyselylomakkeen tekemisessä. Kyselylomaketta käytettäessä ei voi koskaan olla aivan varma siitä, onko vastaaja suhtautunut tutkimukseen vakavasti, tai kuinka hyvät vastausvaihtoehdot kyselyn moni-

valintakysymyksissä oli. Hirsjärven ym. (2009, 231) mukaan tutkimuksen luotettavuutta voidaan pohtia monin eri tutkimus- ja mittauskeinoin. Reliaabelius tutkimuksessa merkitsee mittaustulosten toistettavuutta eli toisin sanoen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Tämän kyselyn reliabiliteettia lisäsi se, että käytetty kyselylomake oli suunniteltu jo aiemmin käytössä olleen kyselylomakkeen pohjalta. Kysymykset olivat selkeitä, ymmärrettäviä ja loogisessa järjestyksessä. Aineistoa analysoitaessa reliabiliteetti huomioitiin siten, että avointen kysymysten osalta molemmat tutkijat tekivät omat sisällönanalyysinsä, joista muodostui yhdenmukaiset.

Validius eli pätevyys on mittarin kyky mitata juuri sitä mitä on tarkoituskin mitata (Hirsjärvi ym., 2009, 231). Tässä tutkimuksessa saatiin vastaukset asetettuihin tutkimusongelmiin. Teoria- ja tutkimusosa ovat keskenään johdonmukaisia. Kyselyssä käytettiin sekä monivalintakysymyksiä että avoimia kysymyksiä, mikä myös osaltaan parantaa validiteettia. Tämän kyselyn validiutta saattaa heikentää se, että teoriaosuus tehtiin alkukyselyn suorittamisen jälkeen. Mäkisen (2006, 93) mukaan tavallisimpia virheitä kyselyitä tehtäessä on kysymysten yksiselitteisyyden puute tai johdattelevuus. Tässä kyselyssä yksi avoimista kysymyksistä oli johdatteleva, sillä siinä puheeksioton oletettiin olevan vaikeaa. Muutamat vastaajat kritisoivat kysymyksenasettelua.

Aina tutkimusta tehtäessä tulee pohtia myös tulosten paikkaansa pitävyyttä ja yleistettävyyttä (Mäkinen, 2006). Kanasen (2010, 95) mukaan useiden satojen otoksessa tutkimus voidaan tehdä 30-40 prosentin vastausmäärällä. Tämän alkukyselyn tulokset ovat suuntaa antavia ja samalla kuitenkin yhden mukaisia aikaisempien tutkimusten kanssa. Kyselytutkimuksissa vastaamattomuus eli kato voi monesti muodostua runsaaksi. Erityisesti posti- ja internetkyselyissä tämä on erittäin suuri ongelma (Kananen 2010, 102). Tässä kysely-

sä katoon saattaa osaltaan vaikuttaa myös se, että kyselylomake oli suhteellisen pitkä. (Hirsjärvi ym. 2009, 195).

7 TUTKIMUSTULOKSET

7.1 Vastaajien taustatiedot

Alkukyselyyn vastasi Perusturvaliikelaitos Saarikan ja Visio-säätiön henkilökunnasta yhteensä 247 työntekijää. (Ks. taulukko1.) Vastaajista lähes puolet koostui sairaanhoitajista tai terveydenhoitajista sekä lähihoitajista, perushoitajista tai kodinhoitajista. Kyselyyn vastanneista vajaalla kymmenesosalla oli lisensiaatin tai tohtorin tutkinto tai ylempi korkeakoulututkinto. Alemman korkeakoulututkinnon tai opistoasteen tutkinnon suorittaneita oli lähes puolet, kun taas ammatillisen perustutkinnon tai erikoisammattitutkinnon suorittaneita oli yli kolmannes. Muutama prosentti vastaajista oli suorittanut ammatillisen kurssin, ja osalla vastaajista ei ollut ammatillista koulutusta nykyisiin tehtäviin. Ikäjakaumaltaan suurin vastaajaryhmä olivat 45–54-vuotiaat.

TAULUKKO 1. Alkukyselyyn osallistuneiden taustatiedot (n 247)

	n	%
TYÖNANTAJA		
Suomenselän Sateenkaari-säätiö	7	2,9
Perusturvallielaitos Saarikka	237	97,1
AMMATTI		
Lääkäri	10	4,1
Psykologi	8	3,3
Palveluvastaava/osastonhoitaja	14	5,7
Palveluohjaaja	10	4,1
Sairaanhoitaja/terveydenhoitaja	52	21,1
Fysioterapeutti	5	2,0
Lähihoitaja/perushoitaja/kodinhoitaja	67	26,8
Hammashuollon henkilöstö	11	4,5
Sosiaalipalvelut	10	4,1
Toimistohenkilöstö	16	6,6
Jokin muu	19	7,8
KOULUTUS		
Lisensiaatti tai tohtori	17	7,0
Ylempi korkeakoulututkinto		
(myös ylempi ammattikorkeakoulututkinto)	17	7,0
Alempi korkeakoulututkinto		
(myös ammattikorkeakoulututkinto tai		
entinen opisto-asteen tutkinto)	102	41,8
Ammatillinen perustutkinto tai		
erikoisammattitutkinto (esim. 2. asteen tutkinto,		
kouluasteen tutkinto)	97	39,8
Ammatillinen kurssi	6	2,5
Ei ammatillista koulutusta nykyisiin tehtäviin	5	2,1
IKÄ		
25-34	27	10,9
35-44	50	20,2
45-54	101	40,9
55-64	68	27,5

Kolmannes vastaajista toimi sosiaali- ja hoitoalan asiakastehtävissä, ja lähes yhtä suuri osa työskenteli vaativissa sosiaali- ja hoitoalan asiakastehtävissä. (Ks. taulukko 2.) Hieman alle viidennes vastaajista toimi asiantuntijatehtävissä ja joka kymmenes esimiestehtävissä. Vastaajat olivat toimineet pitkään samoissa työtehtävissä. Puolet vastaajista oli työskennellyt nykyisissä tehtävissään yli 15 vuotta ja vajaa viidennes yli viidestä kymmeneen vuotta. Vain joka neljäs henkilöistä oli viisi vuotta tai vähemmän.

TAULUKKO 2. Alkukyselyyn vastanneiden työtehtävät

	n	%
TYÖTEHTÄVIEN LUONNE		
Esimiestehtävät	23	9,4
Asiantuntijatehtävät (esim. lääkäri, psykologi, sosiaalityöntekijä)	39	15,9
Vaativat sosiaali- ja hoitoalan asiakastehtävät (esim. sh, th, ft)	70	28,6
Sosiaali- ja hoitoalan asiakastehtävät (esim. lh)	84	34,3
Avustavat sosiaali- ja hoitoalan asiakastehtävät (kouluttamattomat henkilöt)	5	2,0
Tukipalvelutehtävät (esim. laitoshuoltaja, ammattimies)	7	2,9
Muut tehtävät	17	7,0
TYÖKOKEMUS NYKYISISSÄ TEHTÄVISSÄ VUOSINA		
0-5 vuotta	58	23,6
Yli 5 vuotta -10 vuotta	39	15,9
Yli 10 vuotta – 15 vuotta	21	8,5
Yli 15 vuotta	128	52,0

Taulukossa kolme selvitetään kuinka paljon vastaajilla oli ollut peruskoulutuksessaan päihteisiin liittyvää koulutusta, sekä sitä, kuinka moni oli työssä ollessaan käynyt päihdekoulutuksessa. Taulukosta ilmenee, että kyselyyn vastanneista yli puolella oli ollut erityisesti päihteisiin liittyvää koulutusta peruskoulutuksessaan 40 tuntia tai vähemmän, reilulla kymmenesosalla yli 40 tuntia ja kolmanneksella ei lainkaan. Vastaajista muutama oli käynyt työssä ollessaan yli kuukauden kestävän päihdekoulutuksen. Vastaajista neljä prosenttia oli ollut useissa alle kuukauden kestävissä päihdekoulutuksissa ja alle puolet oli osallistunut yksittäisiin päihdekoulutuspäiviin. Yli puolet vastanneista ei ollut osallistunut päihteisiin liittyvään täydennyskoulutukseen ollessaan nykyisen työnantajansa palveluksessa.

TAULUKKO 3. Alkukyselyyn vastanneiden taustatiedot

	n	%
PERUSKOULUTUKSESSA ERITYISESTI PÄIHTEISIIN LIITTYVÄ KOULUTUS		
Enemmän kuin 40 tuntia	30	12,3
40 tuntia tai sitä vähemmän	131	53,7
Ei lainkaan	74	30,33
Ei peruskoulutusta	9	3,7
TYÖSSÄ OLLESSA KÄYTY PÄIHDEKOULUTUS		
Pitkä koulutus (yli 1kk kestävä)	4	1,6
Useissa lyhyissä koulutuksissa (yhteensä alle 1kk)	10	4,1
Yksittäisiä päiviä	103	41,6
Ei lainkaan	130	52,9

7.2 Henkilöstön asenteet päihdeasiakkaisiin ja päihdetyöhön

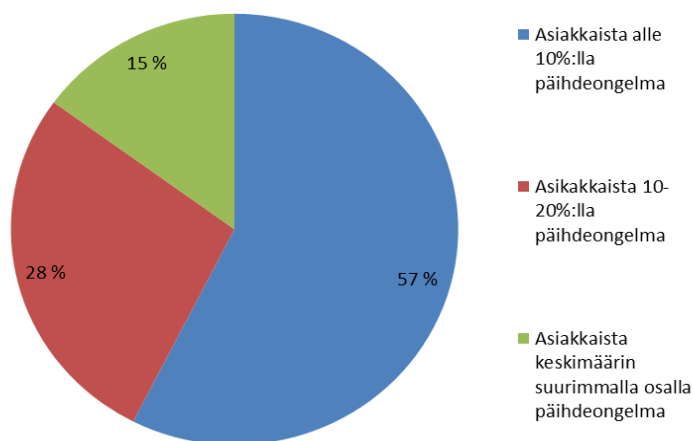
Selvitettäessä henkilöstön käsitystä päihdeongelman yleisyydestä asiakaskontakteissa kysyttiin, mistä ikäryhmästä vastaaja kohtasi työssään asiakkaita eniten. (Ks. taulukko 4.) Suurin osa vastaajista arvioi asiakkaidensa muodostuvan pääosin yli 65-vuotiaista. Hieman harvempi kohtasi työssään eniten asiakkaita ikäryhmästä työikäiset 26-64-vuotiaat. Alle 18-vuotiaiden parissa työskenteli seitsemän prosenttia kyselyyn vastanneista. Valtaosa työntekijöistä työskenteli ikäihmisten ja lähes yhtä suuri osa työikäisten parissa, eli sellaisten väestöryhmien kanssa, jotka ovat potentiaalisia päihdeiden käyttäjiä.

TAULUKKO 4. Ikäryhmä, josta vastaaja kohtaa asiakkaita lukumääräisesti eniten

	n	%
IKÄRYHMÄ		
Lapset alle 12 vuotta	14	5,9
Nuoret 12-17 vuotta	3	1,3
Nuoret 18-25	5	2,1
Työikäiset 26-64	104	43,6
Ikääntyvät tai ikäihmiset yli 65 vuotta	111	46,6

Kuviossa yksi kuvataan vastaajien arviota siitä, kuinka monella prosentilla asiakkaistaan he arvioivat olevan päihdeongelman. Yli puolet vastaajista arvi-

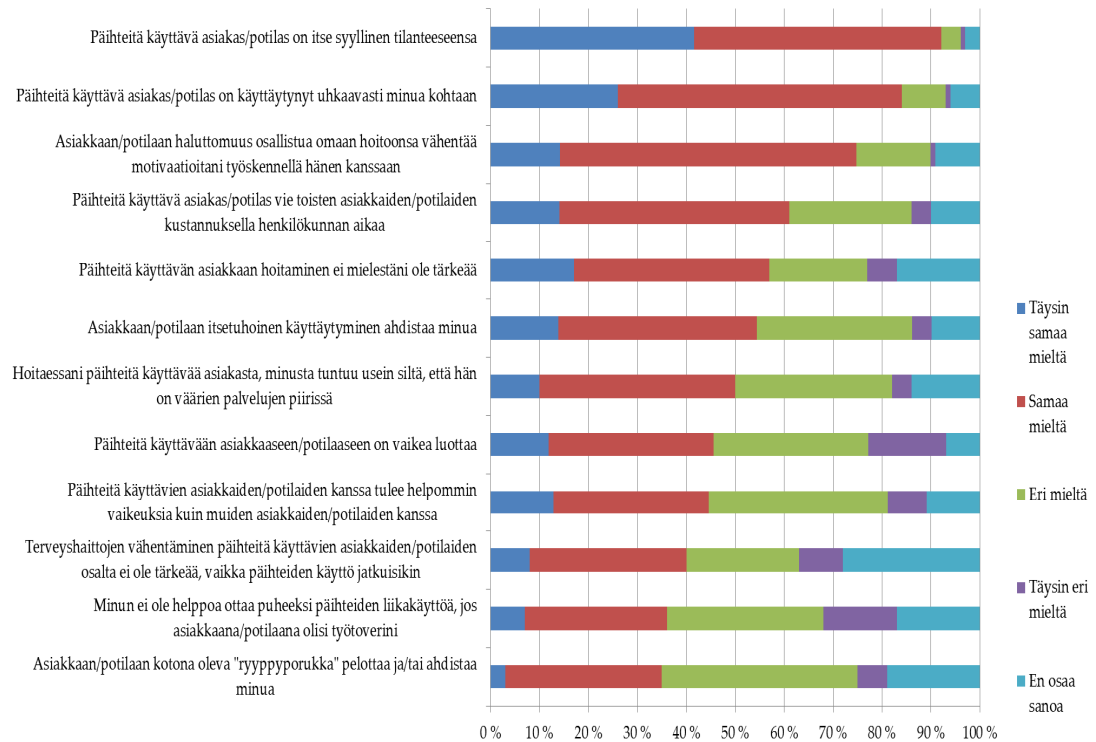
oi päihdeongelman olevan asiakkaistaan alle kymmenellä prosentilla, kun taas vajaa kolmannes vastaavasti arvioi päihdeongelman olevan 10–20 prosentilla. Vajaa viidennes arvioi, että asiakkaista keskimäärin suurimmalla osalla oli päihdeongelma.



KUVIO 1. Vastaajien arvio päihdeongelman osuudesta asiakaskunnassaan

Kuviossa kaksi (Kts. liite 2.) selvitetään henkilöstön asenteita päihdeasiakkaita kohtaan. Lähes kaikki kyselyyn vastanneista kokivat (täysin samaa mieltä tai samaa mieltä), että päihteitä käyttävä asiakas on itse syyllinen tilanteeseensa. Yli kolme neljästä vastaajasta oli kokenut, että päihteitä käyttävä asiakas oli käyttäytynyt uhkaavasti häntä kohtaan, ja että asiakkaan haluttomuus omaan hoitoonsa vähensi henkilön motivaatiota työskennellä hänen kanssaan. Vastaajista yli puolen mielestä päihdeasiakas vei henkilökunnan aikaa toisilta potilaita, ja että päihteitä käyttävän asiakkaan hoitaminen ei ole tärkeää. Vastaajista puolet koki usein, että päihdeasiakas oli väärin palvelujen piirissä ja että päihdeasiakkaaseen oli vaikea luottaa. Noin viidesosa ei ole muodostanut kantaansa siitä, miten suhtautuisi päihdeongelmaiseen työtoveriin. Kolman-

nes koki, että olisi vaikea ottaa puheeksi työtoverin päihdeongelma, kun taas puolet koki sen helpoksi.



KUVIO 2. Ajatuksia, joita päihdeasiakas vastaajassa herättää

Pyydettäessä kuvailemaan päihdeongelmaista henkilöä suuri osa vastaajista ajatteli, että päihdeongelmainen voi olla kuka vain. Vastaajien mielestä päihdeongelma voi koskettaa ketä tahansa riippumatta huolimatta iästä, sukupuolesta, sosiaalisesta asemasta tai ammatista. Myös hyvin työnsä hoitavat lapsiperheen vanhemmat saattavat usein olla päihdeongelmaisia. Vastauksista nousi esiin, ettei päihdeongelma aina näy päällepäin eikä henkilön lähipiiriin ole aina tunnistanut henkilön ongelmaa.

"Ei ole olemassa mitään "vakio"-mallia joka soveltuu päihdeongelmaiseen!!!"

"Ei ole tyypillistä päihdeongelmaista. Riippuvuutta on kaikissa ikä- ja sosiaaliluokissa, naisilla ja miehillä, näkyvää ja piilossa olevaa."

Useat vastaajat kuvailivat päihdeasiakasta negatiivisin sanakääntein. Heitä pidettiin moniongelmaisina, joiden itsestään huolehtiminen oli puutteellista ja elämän hallinta hukassa. Heitä pidettiin jo pohjalla olevina "reppanoina", jotka olivat katkaisuhuoltokierteessä olevia palvelujen suurkuluttajia. Usein vastaajat myös kuvailivat alkoholiongelmaista henkilöä keski-ikäiseksi tai vanhemmaksi mies henkilöksi. Kuitenkin osalta vastaajista löytyi ymmärrystäkin päihdeasiakkaita kohtaan. He ajattelivat asiakkaitaan elämän kaltoin kohtelemina henkilöinä, jotka olivat usein herkkiä ja helposti huonoon seuraan joutuneita.

"Pahalle haisevaa reppanaa, joka ei osaa ryhdistäytyä."

"Osastolla olevaa katkolaista, jolla on useampi samanlainen hoitojakso takanaan. "

"Useimmin kai ajattelee näitä kylällä pyöriviä "puliukkoja"."

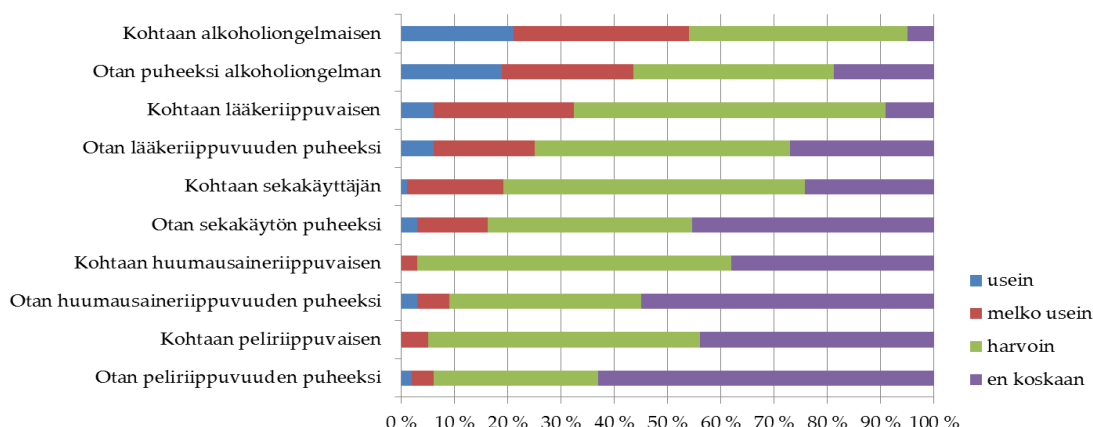
"Noin 40–50 mies, syrjäytynyt, ei työelämässä. Pyörä kylällä kaljapus-sin kanssa, resuiset, likaiset vaatteet."

"Henkilöllä on huono itsetunto, sortuu tahtomattaan välillä päihteiden käyttöön, kun kaverit tarjoavat. Yleensä hyvin mukava ja seuran halui-nen ja selvin päin noudattaa annettuja lääkkeiden oton suhteen."

"Minun käy sääliksi häntä, koska hän ei tiedä eikä tunne tervettä elämää tällä hetkellä, mutta hän on ihminen jota pitää auttaa mahdollisuuksien mukaan löytämään omat voimavaransa terveeseen elämään."

7.3 Henkilöstön toteuttama päihdetyö

Kyselyssä selvitettiin, kuinka usein vastaajat kohtaavat asiakkaita, joilla on päihde- tai peliriippuvuutta, ja kuinka usein riippuvuudet otetaan puheeksi. Kuvio kolme (Kts. liite3.) osoittaa, että kyselyyn vastanneista henkilöistä yli puolet kohtasi alkoholiongelmaisia ja kolmannes lääkeriippuvaisia usein tai melko usein. Yleensä näitä riippuvuuksia kohdattiin useammin kuin asia otettiin puheeksi. Sekakäyttäjiä kohtasi harvoin noin puolet vastaajista, ja joka neljäs otti asian puheeksi harvoin. Joka kolmas ei ollut kohdannut koskaan huumausaine- tai peliriippuvaisia, ja yli puolet ei ollut ottanut näitä riippuvuuksia myöskään puheeksi.



KUVIO 3. Päihdeasiakkaan kohtaamisen ja puheeksi ottamisen useus

Kysyttäessä riippuvuusongelman puheeksi oton vaikeudesta suurin osa vastaajista kuvasi sitä, miten ei koe puheeksi ottoa vaikeaksi. Vastauksissa korostettiin sitä, että päihdeongelman puheeksi otto kuuluu jokaisen alan ammattilaisen toimenkuvaan osana asiakastyötä. Osa vastaajista käytti puheeksioton apuna erilaisia alkoholinkäytön itsearviointiin tarkoitettuja testejä, kuten Au-

ditia. Lasten ja nuorten kohdalla puhuminen tuntui itsestään selvältä, ja heidän kanssaan asiasta puhuttiin ennaltaehkäisevästi ja henkilökohtaisella tasolla syvällisemmin.

”Ei ole vaikeaa. Riippuvuustekijöiden arviointi kuuluu jokaisen ammattilaisen alkuhaastatteluun, kun on kyseessä nuori tai aikuinen asiakas.”

”Jos asiakas ei ole omasta mielestään riippuvainen päihteistä, vaan kokee ongelmien johtuvan jostain muusta. Tässä tapauksessa puheeksi otto ei ole varsinaisesti se vaikein osuus, vaan se, että millä tavoin asiakas saisi tarvitsemaansa tukea.”

Seuraavaksi eniten vastauksissa nousi esiin resurssipulasta johtuva puheeksioton vaikeus. Muun muassa ajan tai tiedon puuttuminen vaikeutti asiaa. Koettiin, ettei ole aikaa keskusteluun ja osaston kiireisyys ja ylikuormitus sekä henkilökunnan vähyys asiakkaiden hoitoisuuteen nähden koettiin ongelmallisenä. Luottamuksellisen asiakassuhteen syntymiseen tarvittiin riittävä perehtyminen asiaan. Luottamuksellisuuden koettiin olevan edellytyksenä henkilökohtaisista asioista puhumiseen ja asiakkaan rehellisyyteen päihderiippuvuutensa suhteen.

”Kiirettä ei saisi syyttää, mutta ajanpuute on kuitenkin yksi syy.”

”Henkilökohtaisiin asioihin puuttuminen vaatii tietyn luottamuksen syntymisen, ja siihen ei ole riittävästi aikaa tai jää kesken.”

”Toivoisi saavan jotain käytännön työvälineitä asian puheeksi oton tueksi.”

Monet vastaajista pitivät riippuvuusongelman puheeksiottoa vaikeana aiheen arkaluontoisuuden vuoksi. Asiakasta ei haluttu loukata vaan haluttiin olla varmoja riippuvuusongelman olemassaolosta ennen puheeksi ottoa. Hanka-

lana koettiin myös se, ettei asiakas itse tuonut ongelmaa esiin tai myöntänyt sitä. Vastaajilla oli pelko siitä, että asiakas lopettaa käynnit mahdollisesti kokonaan aiheesta kysyessä.

"Jos asiakas suuttuu, käynnit voivat loppua kokonaan ja sekään ei ole hyvä asia."

"Pitää olla itse todella varma että asiakkaalla on ongelma ennen kuin osaa ottaa asian puheeksi."

"Jos asiakas itse jollain tavalla ottaa asian puheeksi, niin silloin on helpompaa ottaa itsekkin kantaa. Muutoin on vaikeaa, jos ei ole ihan varma ongelmasta."

"Asiakkaat kieltävät ongelmansa ja eivät halua puhua ongelmastaan."

Moni koki asiakkaan tilanteen toivottamana ja asiaan puuttumisen turhauttavana, sillä asiakkaat olivat paatuneita ja väsyneitä omaan elämäänsä. Tällöin asiakkailla ei ollut itsellään motivaatiota riippuvuusongelman hoitoon. Vastaajien mielestä asiakkaan riippuvuus saattoi olla jo niin pitkällä ja vaikeaa, että ohjaus ja tuki tuntui olevan myöhässä ja turhia.

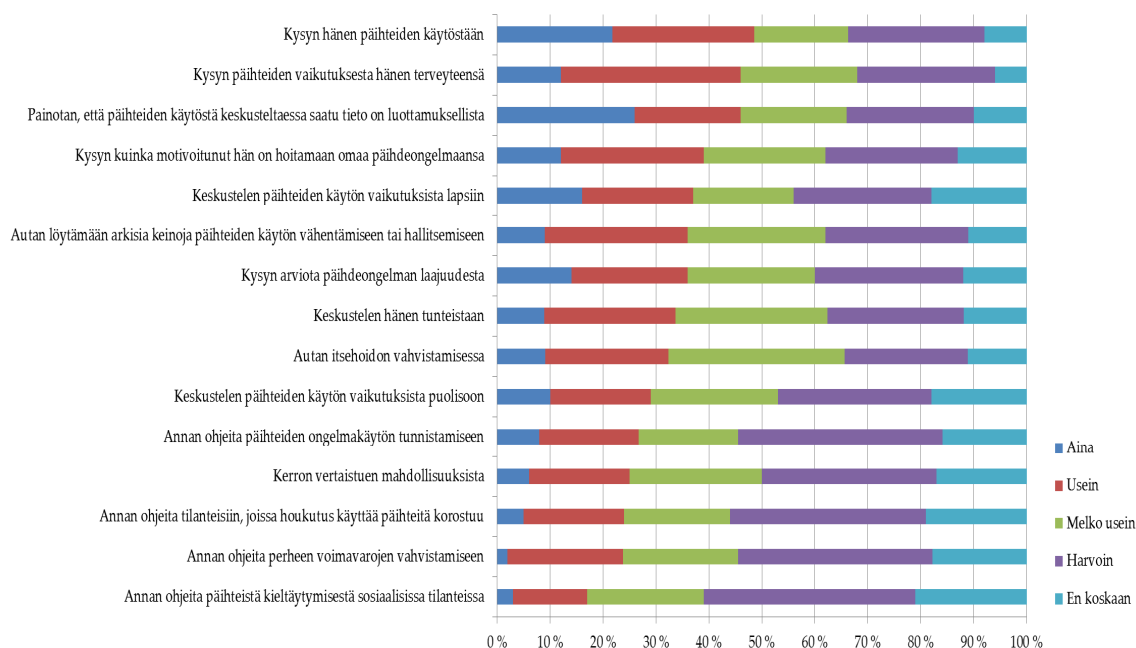
"Päihderiippuvaisen kanssa kokee monesti "toivottomuuden tunnetta", että ei siitä kuitenkaan ole apua."

"Usein riippuvuus on jo niin pitkäaikaista ja vaikeaa, että ohjaus ja tuki tuntuu olevan liian myöhäistä. Asiakkaalta puuttuu itseltään täysin motivaatio asiaa kohtaan."

Kuviossa neljä (Kts. liite 4.) tarkastellaan erilaisia päihdeasiakkaan kohtaamisessa käytettyjä työskentelytapoja ja niiden useutta. Kyselyyn osallistuneista lähes puolet ilmoitti kysyvänsä kohtaamistilanteessa asiakkaan päihteiden käytöstä ja päihteiden vaikutuksesta asiakkaan terveyteen sekä painotti päih-

teiden käytöstä saadun tiedon luottamuksellisuutta aina tai usein. Yli kolmannes vastaajista kysyi asiakkaansa motivoituneisuudesta omaa päihdeongelmansa hoitamista kohtaan ja keskusteli asiakkaansa kanssa päihteiden käytön vaikutuksista lapsiin aina tai usein. Sama osuus vastaajista auttoi asiakastaan aina tai usein löytämään arkisia keinoja päihteiden käytön vähentämiseen ja hallitsemiseen sekä kysyi asiakkaan arviota päihdeongelmansa laajuudesta.

Sen sijaan päihdeasiakkaiden kohtaamisessa noin neljännes käytti työskentelytapanaan melko usein tai harvoin keskustelua asiakkaan tunteista ja itsehoiton vahvistamista tai keskustelua päihteiden käytön vaikutuksista puolisoon. Noin joka viides vastanneista ei koskaan antanut ohjeita päihteiden ongelmakäytön tunnistamiseen tai tilanteisiin, joissa päihteiden käytön houkutus korostuu. Vastanneista viidennes ei antanut ohjeita ja yli neljäsosa antoi ohjeita vain harvoin perheen voimavarojen vahvistamiseen tai päihteistä kieltäytymiseen sosiaalisissa tilanteissa.

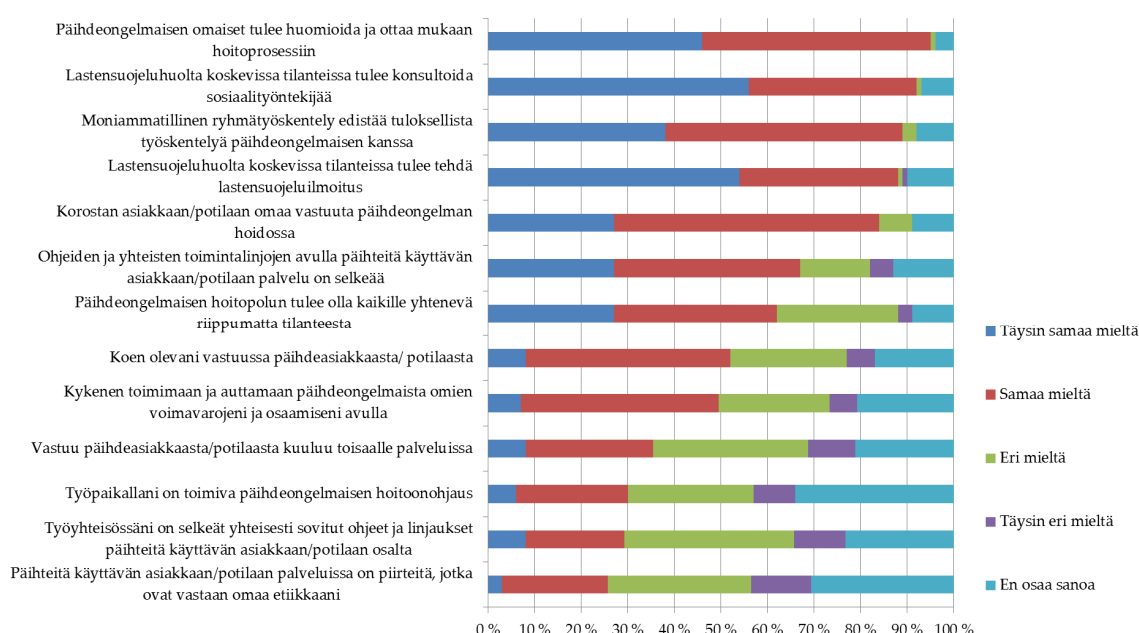


KUVIO 4. Eri työskentelytapojen käytön useus kohdattaessa päihde asiakas

Kyselyssä selvitettiin myös yhdenmukaisten toimintamallien merkitystä päihdehoitotyössä. Päihdeongelmaisen omaiset tuli huomioida ja ottaa mukaan hoitoprosessiin lähes kaikkien kyselyyn vastanneiden mielestä; he olivat tästä täysin samaa tai samaa mieltä. (Kts. kuvio 5 ja liite 5.) Vastaajien mielestä lastensuojeluhuolta koskevissa tilanteissa tuli konsultoida sosiaalityöntekijää ja lastensuojeluhuolta herättävissä tilanteissa tuli tehdä lastensuojeluilmoitus. Myös moniammatillisen ryhmätyöskentelyn koettiin edistävän tuloksiin pääsemistä päihdeongelmaisen kanssa. Päihdeasiakkaan omaa vastuuta päihdeongelman hoidossa korostettiin.

Vastaajista kaksi kolmasosaa oli samaa mieltä siitä, että päihteitä käyttävän asiakkaan palvelu on ohjeiden ja yhteisten toimintalinjojen avulla selkeää. Heidän mielestään päihdeongelmaisen hoitopolun tulee olla tilanteesta riip-

pumatta kaikille yhtenevä. Työntekijöistä puolet koki olevansa vastuussa päihdeasiakkaasta, kun taas puolestaan kolmanneksen mielestä omat voimavarat ja osaaminen eivät riittäneet päihdeasiakkaan auttamiseen. Joka neljäs ei osannut sanoa, kuuluuko vastuu päihdeasiakkaasta toisaalle palveluissa ja onko työyhteisössä selkeät yhteisesti sovitut ohjeet ja linjaukset päihteitä käyttävän asiakkaan osalle. Kolmannes vastaajista ei tiennyt, onko työpaikalla toimiva päihdeongelmaisen hoitoonohjaus.

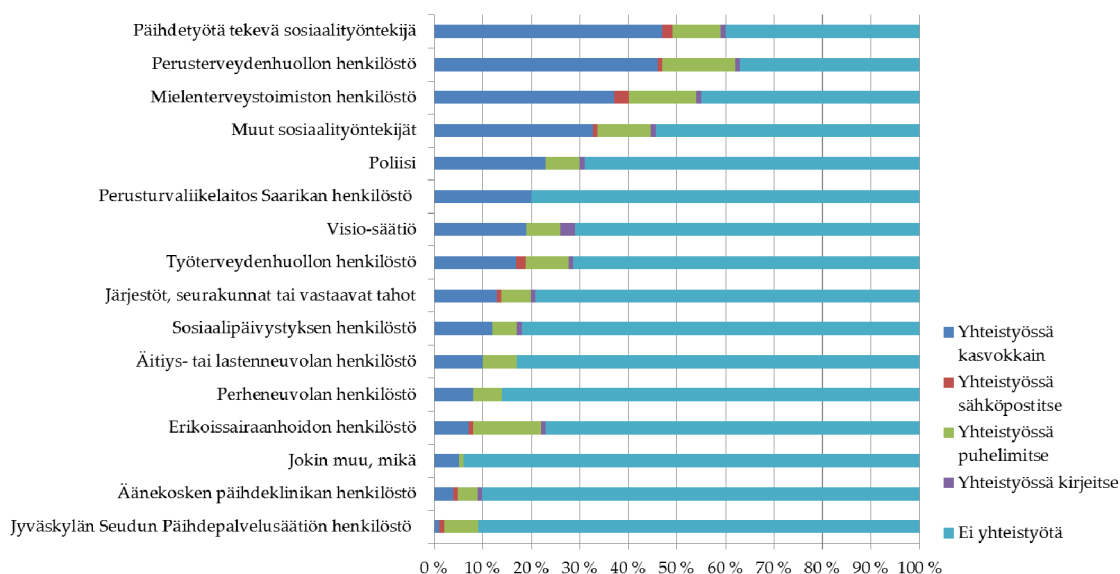


KUVIO 5. Toimintamallien ja ohjeiden merkitys päihdepalveluissa

7.4 Saarikan alueen päihdepalvelut ja yhteistyömuodot

Vastanneista yhdeksän kymmenestä ei ollut tehnyt yhteistyötä minkään tahon kanssa. Kuviossa kuusi (Kts. liite 6) kuvataan kyselyyn vastanneiden käyttämiä yhteistyökumppaneita sekä käytössä olleita yhteistyömuotoja päihdeasiakkaan hoidossa vuonna 2009. Yhteistyö eri tahojen kanssa ei ollut siis kovin yleistä. Alkukyselyssä kävi ilmi, että päihdeongelmaisen hoidossa eni-

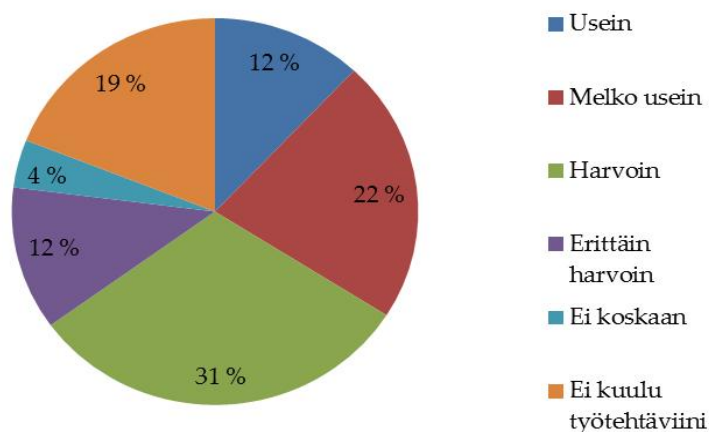
ten yhteyttä pidettiin vuoden 2009 aikana päihdetyötä tekevään sosiaalityöntekijään, sillä häneen oli ollut yhteydessä lähes puolet kyselyyn vastanneista. Melkein yhtä paljon otettiin yhteyttä perusterveydenhuollon henkilöstöön. Kolmanneksi yleisin yhteistyötaho oli mielenterveystoimiston henkilökunta, johon oli ollut yhteydessä reilu kolmannes kyselyyn vastanneista. Saman verran oli oltu yhteydessä muihin sosiaalityöntekijöihin. Yhteistyötä päihdeasiakkaan hoidossa tehtiin pääsääntöisesti kasvokkain erityisesti perusturvalliikelaitos Saarikan sisällä. Noin joka kymmenes oli ollut yhteydessä puhelimitse erikoissairaanhoidon henkilöstöön ja entiseen Jyväskylän Seudun Päihdepalvelusäätiön (nykyisin Sovatek -säätiö) henkilöstöön. Näihin tahoihin puhelinkontaktit olivat yleisin yhteistyömuoto.



KUVIO 6. Yhteistyökumppanit ja käytetyt yhteistyömuodot päihdeasiakkaan hoidossa vuonna 2009

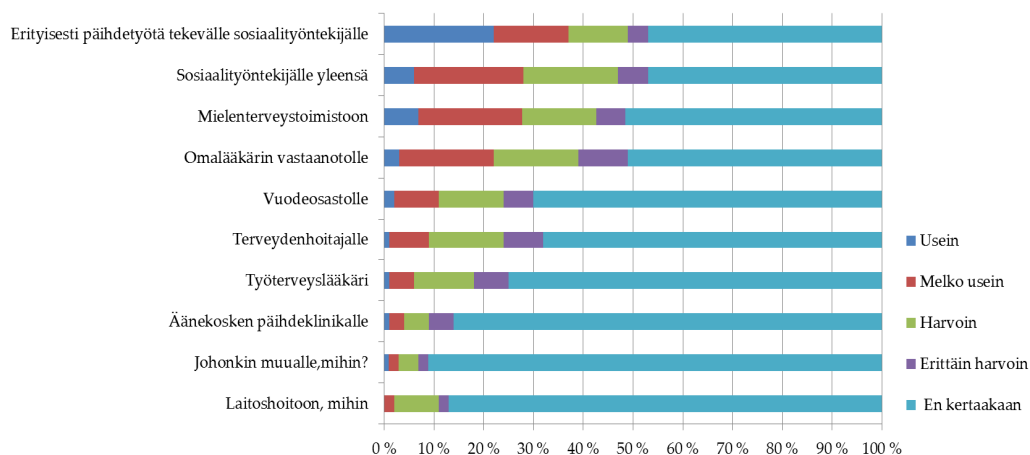
Kuviossa seitsemän (Kts.liite7) kuvataan päihdeasiakkaan jatkohoitoon ohjauksen vaikeutta. Tutkimukseen osallistuneista reilu kymmenesosa koki usein

vaikeaksi tietää, mihin ohjata päihdeasiakas jatkohoitoon. Noin viidennes koki sen olevan vaikeaa melko usein. Lähes kolmanneksen mielestä jatkohoitopaikkaan ohjaaminen oli vaikeaa harvoin. Lähes viidesosalla henkilöistä päihdeasiakkaan hoitoon ohjaus ei kuulunut työtehtäviin.



KUVIO 7. Päihdeasiakkaan jatkohoitoon ohjauksen vaikeus

Kuviossa kahdeksan (Kts.liite 8) tarkastellaan päihdeasiakkaan jatkohoitoon ohjausta vuonna 2009. Siitä ilmenee, että kolmannes tutkimukseen osallistuneista ohjasi päihdepalveluasiakkaitaan usein tai melko usein jatkohoitoon erityisesti päihdetyötä tekevälle sosiaalityöntekijälle. Joka neljäs ohjasi usein tai melko usein sosiaalityöntekijälle, mielenterveystoimistoon tai omalääkärin vastaanotolle. Vuodeosastolle, työterveyshoitajalle tai -lääkärille ohjasi harvoin tai erittäin harvoin joka viides. Päihdeasiakkaan jatkohoitoon ohjaaminen vaihteli alle kymmenestä prosentista noin puoleen vastanneista.

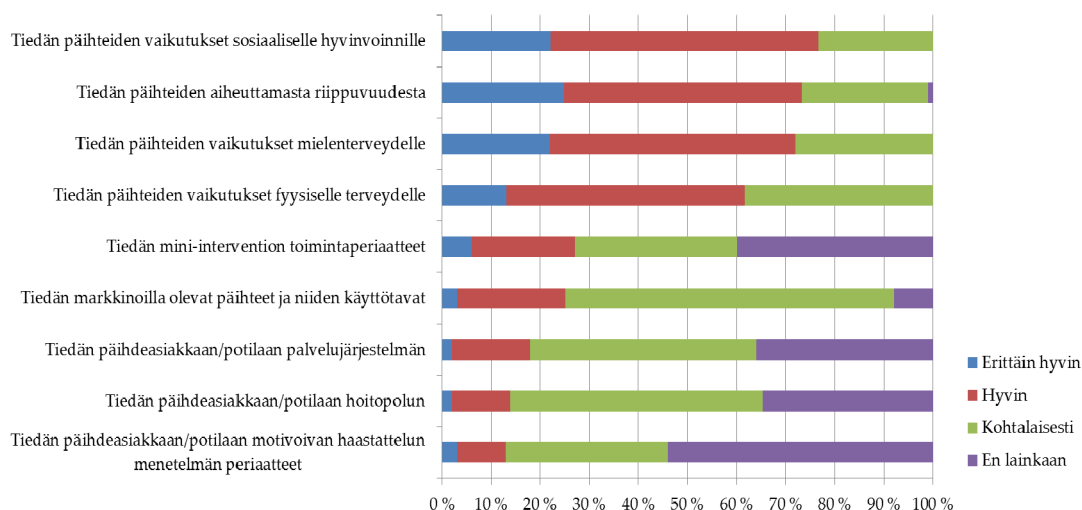


KUVIO 8. Päihdeasiakkaan jatkohoitoon ohjaus vuonna 2009

7.5 Henkilöstön tiedot, taidot ja keskeisimmät koulutustarpeet päihdetyön kehittämiseksi

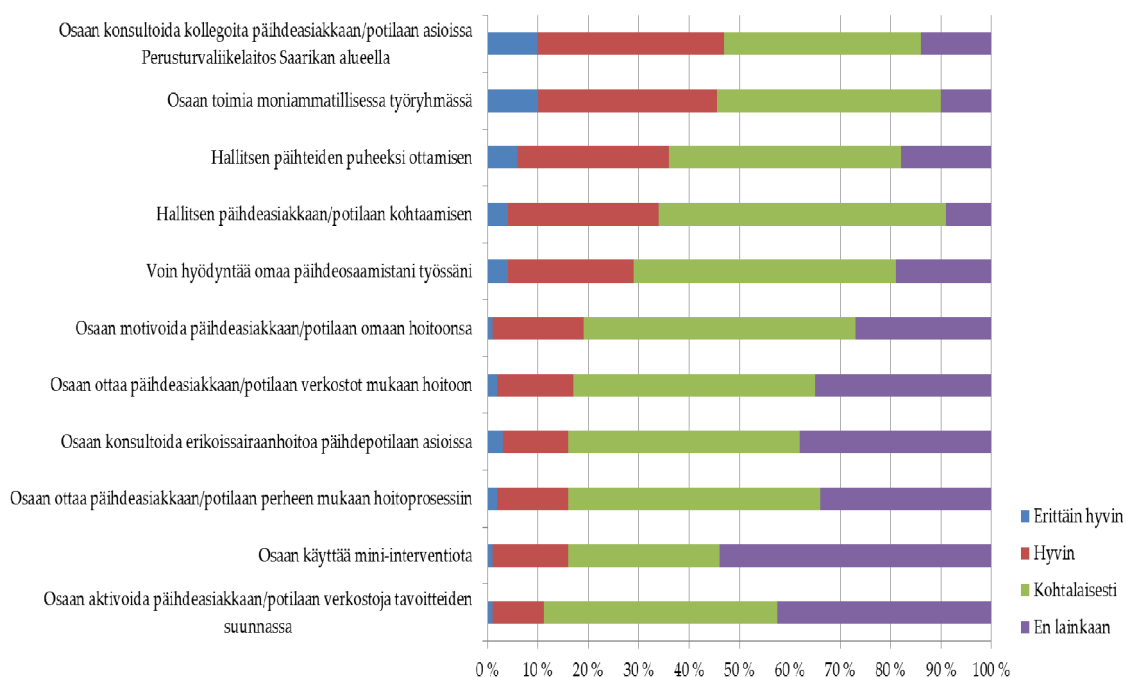
Kysyttäessä arviota päihdetyön tiedoista suurin osa henkilöistä koki tietävänsä hyvin tai erittäin hyvin päihteiden vaikutuksista sosiaaliselle hyvinvoinnille sekä niiden aiheuttamasta riippuvuudesta ja vaikutuksista mielenterveyteen sekä fyysiseen terveyteen. (Kts. kuvio 7 ja liite 9.) Neljännes kyselyyn vastanneista tiesi erittäin hyvin tai hyvin markkinoilla olevat päihteet ja niiden käyttötavat.

Päihdeasiakkaan palvelujärjestelmän tiesi vajaa viidennes henkilöistä erittäin hyvin tai hyvin, mutta vain yli kymmenesosalle päihdeasiakkaan hoitopolku oli tuttu. Kolmannekselle vastaajista edellä mainitut asiat olivat täysin vieraita. Päihdetyön keskeisistä menetelmistä mini-intervention toimintaperiaatteet tiesi erittäin hyvin tai hyvin noin neljännes vastaajista, kun taas motivoivan menetelmän periaatteet tunsivat erittäin hyvin tai hyvin vain kymmenesosa henkilöistä. Vajaa puolet ei tiennyt mini-intervention toimintaperiaatteita lainkaan eikä yli puolet tuntenut motivoivan haastattelun periaatteita.



KUVIO 9. Vastaajien arvio päihdetyön tiedoistaan

Kyselyssä selvitettiin myös henkilöstön päihdetyön taitoja keskeisillä alueilla. Alkukyselyyn vastanneista henkilöistä lähes puolet arvioi osaavansa erittäin hyvin tai hyvin konsultoida kollegoita päihdeasiakkaan asioissa Saarikan alueella ja osaavansa toimia moniammatillisessa työryhmässä. (Kts. kuvio 10 ja liite 10.) Kolmannes kyselyyn vastanneista arvioi hallitsevansa päihteiden puheeksiottamisen sekä päihdeasiakkaan kohtaamisen erittäin hyvin tai hyvin. Puolet vastanneista arvioi voivansa hyödyntää omaa päihdeosaamistaan työssään sekä osaavansa motivoida päihdeasiakkaan omaan hoitoonsa kohtalaisesti. Puolet arvio osaamisen tasonsa kohtalaiseksi sen osalta, miten otetaan päihdeasiakkaan verkostot mukaan hoitoon. Reilu kolmasosa vastaajista ei osannut lainkaan konsultoida erikoissairaanhoidoa päihdeasiakkaan asioissa eikä ottaa asiakkaan perhettä mukaan hoitoprosessiin. Yli puolet vastaajista ei osannut käyttää mini-interventiota lainkaan. Joka neljäs ei osannut arvioida päihdeasiakkaan verkostoja tavoitteiden suuntaisesti.



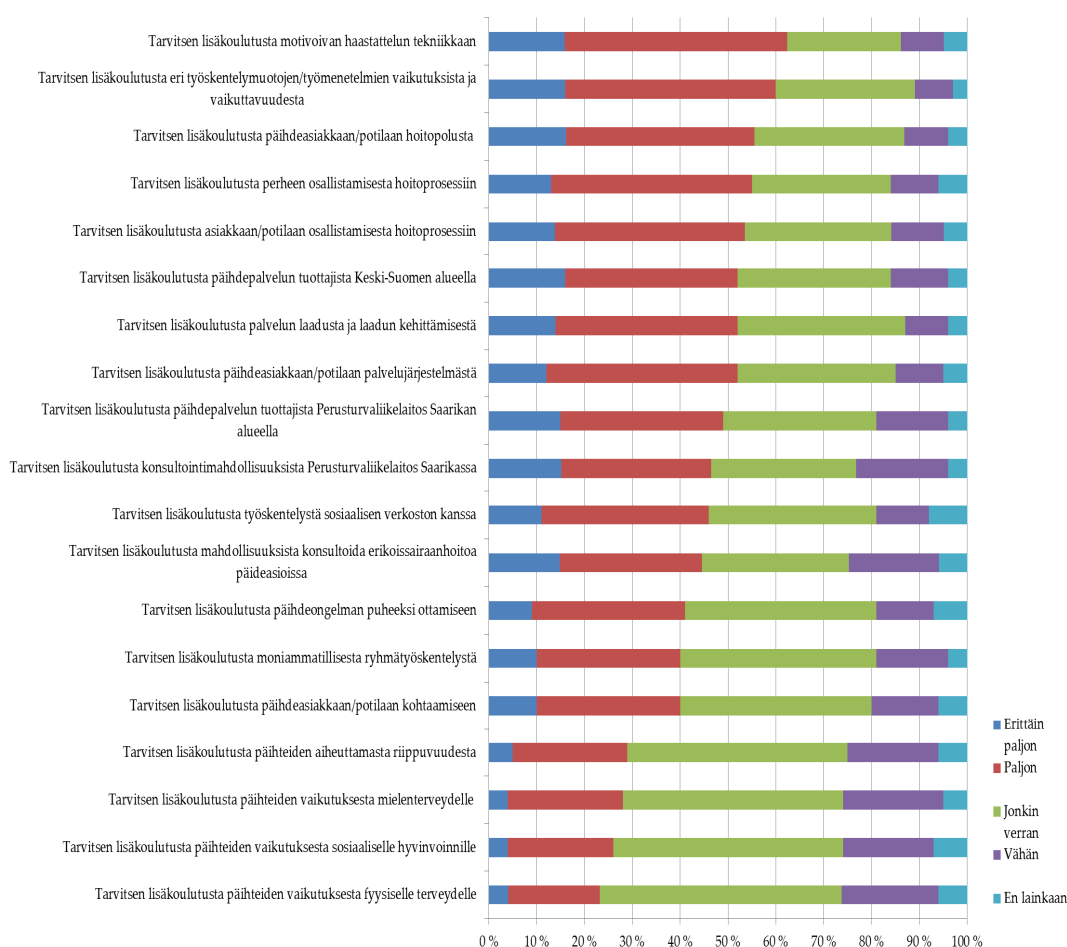
KUVIO 10. Vastaajien arvio päihdetyön taidoistaan

Kysyttäessä lisäkoulutuksen tarpeesta, tiedoista ja taidoista suurin osa (kuusi kymmenestä) vastasi tarvitsevansa lisäkoulutusta motivoivan haastattelun tekniikasta sekä eri työskentelymuotojen vaikutuksista ja vaikuttavuudesta erittäin paljon tai paljon. (Kts. kuvio 11 ja liite 11.) Yli puolet vastasi tarvitsevansa lisäkoulutusta erittäin paljon tai paljon päihdeasiakkaan hoitopolusta, asiakkaan perheen sekä asiakkaan itsensä osallistamisesta hoitoprosessiin. Saman verran tarvitsi erittäin paljon tai paljon koulutusta myös päihdepalvelujen tuottajista Keski- Suomen alueella sekä palvelun laadusta ja laadun kehittämisestä.

Lisäkoulutusta päihdepalvelujen tuottajista ja konsultointimahdollisuuksista Perusturvaliikelaitos Saarikan alueella tarvitsisi lähes puolet vastanneista erittäin paljon tai paljon. Päihdeasiakkaan kohtaamiseen, päihdeongelman puheeksiottamiseen, työskentelyn sosiaalisen verkoston kanssa ja mahdollisuuksista konsultoida erikoissairaanhoidon konsultointiin päihdeasioissa koki vas-

taajista tarvitsevana lisäkoulutusta lähes vajaa puolet ja jonkin verran tai vähän melkein puolet vastanneista.

Vähiten lisäkoulutusta koettiin tarvittavan päihteiden aiheuttamasta riippuvuudesta ja päihteiden vaikutuksesta mielenterveyteen, sosiaaliseen hyvinvointiin ja fyysiseen terveyteen. Näissä vain noin neljännes arvioi tarvitsevana erittäin paljon tai paljon koulutusta ja lähes puolet jonkin verran. Neljä kymmenestä tarvitsi vähän lisäkoulutusta moniammatillisesta ryhmätyöskentelystä. Noin viidesosa vastasi lisäkoulutuksen tarvetta olevan vähän. Viidellä prosentilla vastanneista ei mielestään ollut lisäkoulutuksen tarvetta.



KUVIO 11. Vastaajien osaamisen kehittämistarpeet

Kyselyn lopussa olleeseen avoimeen kysymykseen pyydettiin muita kommentteja ja huomioita moniammatillisesta päihdetyöstä ja päihdepalveluiden kehittämisestä Saarikassa. Vastauksissa korostui selkeästi tarve resurssien lisäämiseen, sillä vastaajien mielestä olisi tärkeää saada lisää työntekijöitä päihdetyöhön sekä lisätä päihdepalveluita. Vastauksissa korostettiin asumispalveluiden kehittämistä, oman hoitoyksikön ja valistavan päihdetyön merkitystä.

"Mielestäni Saarikassa tarvitaan enemmän päihdetyöntekijöitä, esim. päihdehoitajan toimi. Hänen tiimiinsä voisi kuulua sosiaalityöntekijöitä, masennushoitaja ja palveluohjaaja."

"Me tarvitsemme sairaanhoitajan tälle alueelle työpariksi sosiaalityöntekijälle!!!"

"Ennaltaehkäisevään työhön enemmän voimavaroja, valitusta nuorisotyöhön, perheiden tukemiseen voimavaroja. Kaikki ottamaan toinen toisemme huomioon – yksinäisyyden torjunta."

Toisena selkeänä ryhmänä vastauksissa nousi yhtenäisempien toimintatapojen tarve. Vastauksissa kaivattiin päihdetyöhön selkeitä toimintalinjoja sekä päihdeasiakkaan hoitopolkua. Myös yhteistyö, kommunikaatio ja moniammatillisen työn lisääminen eri tahojen välillä sekä lisäkoulutus koettiin tärkeänä.

"Ammattitaidon ja eri palveluiden yhdistäminen ja kehittäminen yhteinäisiksi palvelukokonaisuuksiksi tärkeää!!! Seutukunnalla on paljon paikallista ja moniammatillista osaamista, joka tulisi hyödyntää sen sijaa että palveluita ostetaan maantieteellisesti kauempaa."

"Työnjako/tehtävät eri toimijoiden välillä epäselvä."

"Hoitopolku selväksi ja vastuualueet selväksi. Nyt on pompottelua ja etenkin vanhusten hoidon kohdalla. Selkeyttä prosesseihin, niin itse hoitotyökin helpottuu."

"Päihdepotilaille ohjeet ja säännöt katkaisuhuitojaksosta osastolla."

"Koulutus on avain, jolla "lukkoja voi avata"."

8 POHDINTA

Tässä opinnäytetyössä on raportoitu Selvillä Saarikassa-hankkeen alkukyselyn tulokset. Samalla on saatu myös tietoa henkilökunnan tiedoista, taidoista ja asenteista päihdetyössä sekä niihin liittyvistä osaamisen kehittämistarpeista. Kysely on selvittänyt myös sitä, miten Saarikan alueen päihdepalvelujärjestelmä ja yhteistyö eri toimijoiden välillä toimivat. Syksyyn 2009 mennessä Saarikan alueelle sosiaali- ja terveystieteisiin ei ollut syntynyt yhteisiä toimintatapoja tehdä päihdetyötä tai arvioida päihdetyön tuloksia.

Alkukyselyn tuloksissa ilmeni, että valtaosa kyselyyn vastaajista teki työtään työikäisten tai ikäihmisten parissa. Juuri nämä ikäryhmät ovat potentiaalisia päihdeidenkäyttäjiä, mutta siitä huolimatta vastaajista yli puolet arvioi asiakkaistaan vain viidellä prosentilla tai alle olevan päihdeongelmia. Tämä osoittaa varmasti jonkinlaista päihdeongelmien tunnistamisen vaikeutta, sillä tilastojen mukaan Suomessa terveydenhuollon asiakkaista 10 % naisista ja 20 % miehistä on alkoholin suurkuluttajia (Seppä 2003, 57). Olisi kuitenkin tärkeää panostaa henkilökunnan varhaisen tunnistamisen taitoihin, sillä Aallon (2009) mukaan tähän asti päihdepalveluissa on panostettu liikaa erityistason päihdehoitoihin. Asioihin on siis puututtu liian myöhään. Toisaalta puheeksi ottaminen ei kuulunut kaikkien alkukyselyyn vastanneiden työtehtäviin.

Lähes kaikki vastaajat ajattelivat päihdeongelmaisen asiakkaan olevan itsesyyllinen tilanteeseensa, ja puolet vastanneista henkilöistä ei pitänyt päihdeitä käyttävän asiakkaan hoitamista tärkeänä. Näistä asenteista huolimatta vastaa-

jista suurin osa, ajatteli päihdeongelmaisen voivan olla kuka vain. Vaikka ajateltiin, että päihdeongelma voi koskettaa ketä tahansa, päihdeasiakas herätti lähinnä negatiivisia ajatuksia. Päihdetyötä tekevien henkilöiden on toisin sanoen vaikeaa sysätä sivuun omat kielteiset tunteensa ja arvonsa. Tulokset vahvistavat Myllylän (2008, 76) havainnot, joiden mukaan hoitotyöntekijöiden mielestä päihteidenkäyttäjät kuormittavat ja häiritsevät perustyötä. Samassa tutkimuksessa ilmeni, ettei päihteidenkäyttäjää haluta kohdata. Myllylän (2008, 25) mukaan Inkinen ym. kertovat, että useissa aiemmissä tutkimuksissa on todettu hoitohenkilökunnan asenteiden päihdehoitotyötä ja päihteiden käyttäjää kohtaan olleen negatiivisia, pessimistisiä ja toivottomia, sekä tilanteen olevan näin edelleenkin.

Yli puolet kyselyyn vastanneista kohtasi työssään alkoholiongelmaisia ja kolmannes lääkeriippuvaisia usein tai melko usein. Yleisesti ottaen aineriippuvaisia kohdattiin enemmän, kuin nämä riippuvuudet otettiin puheeksi asiakaskontakteissa. Silti kyselyyn vastanneet ajattelivat puheeksioton kuuluvan osaksi jokaisen ammattilaisen toimenkuvaa ja puheeksi ottoa eikä sitä itse asiassa edes pidetty keskimäärin vaikeana. Kuitenkin kehittämistarpeista kysyttäessä vastaajista vain joka kymmenes ei kertonut kaipaavansa lainkaan lisäkoulutusta päihdeongelman puheeksiottamiseen.

Jonkin verran vastaajat kertoivat resurssipulan, kuten vähäisen ajan ja henkilökunnan määrän, vaikuttavan puheeksiottamiseen. Henkilökohtaisiin asioihin ei vastaajien mielestä voi puuttua ilman luottamuksellista suhdetta, jonka syntyminen taas vaatisi useampia tapaamiskertoja saman hoitajan kanssa. Voi olla, että hoitajan motivaatio puuttua asiakkaan päihdeongelmaan laskee, jos tiedossa on jo valmiiksi, ettei sen hoitamiseen tulevaisuudessa tule olemaan riittävästi resursseja. Kyselyn lopussa olleen avoimen kysymyksen vastauksis-

sa toivottiin lisää päihdetyöntekijöitä sekä päihdepalveluita. Myös yhteneväisemmät toimintatavat, selkeämmät toimintalinjat sekä päihdeasiakkaan hoitopolku olivat vastaajien mielestä ensiarvoisen tärkeässä asemassa Saarikkahankkeessa. Niiden myötä asioihin olisi helpompi puuttua, kun jatkohoitopaikka olisi tiedossa. Jos jatkohoitoa ei ole saatavilla, on helpompi jättää asiakkaan päihdeongelma kokonaan huomioimatta.

Alkukyselyn tuloksista kävi ilmi, että yhteistyökumppaneista eniten yhteyttä pidettiin päihdetyötä tekevään sosiaalityöntekijään. Eri tahojen välinen yhteistyö oli varsin harvinaista kaiken kaikkiaan, sillä yhdeksän kymmenestä vastaajasta ei ollut tehnyt yhteistyötä minkään tahon kanssa. Tämä johtunee juuri siitä, että tähän asti Saarikan alueelta on puuttunut selkeä ja yhtenäinen toimintatapa päihdeasiakkaiden osalta, joten suurimmalla osalla vastaajista ei ole ollut tietoa näiden asiakkaiden jatkohoitopaikasta. Pääsääntöisesti yhteistyö päihdeasiakkaan hoidossa tehtiin kasvokkain ja yleensä perusturvaliikelaitos Saarikan sisällä. Tutkimustuloksista ilmeni, että tutkimukseen osallistuneista reilu kymmenesosa koki usein vaikeaksi tietää, mihin ohjata päihdeasiakas.

Alkukyselyyn vastanneet arvioivat tietävänsä hyvin tai erittäin hyvin päihteiden vaikutukset sosiaaliselle hyvinvoinnille, päihteiden aiheuttamasta riippuvuudesta, vaikutuksista mielenterveyteen sekä fyysiseen terveyteen. Myös markkinoilla olevat päihteet ja niiden käyttötavat arvioitiin tiedettävän suhteellisen hyvin. Tällä saralla koettiin tarvittavan vähiten myös lisäkoulutusta. Suurelle osalle vastaajista päihdeasiakkaan palvelujärjestelmä ja hoitopolku olivat täysin vieraita asioita, joten lisäkoulutuksen tarvekin oli niiden osalta selvästi suurempi. Päihdetyön keskeisistä työmenetelmistä mini-intervention toimintaperiaatteet tiedettiin paremmin kuin motivoivan mene-

telmän periaatteet. Motivoivan haastattelun menetelmän oppimiseen toivottiinkin eniten lisäkoulutusta. Alkoholin kulutuksen vähentämisen kannalta lisäkoulutustarpeista tulisi huolehtia, sillä mm. Vasilakin ym.(2006) mukaan motivoiva haastattelu on tehokas interventio vähentää alkoholin kulutusta. Aalto (2009) puolestaan toteaa mini-intervention hyödyttävän yhtä kymmenestä alkoholin suurkuluttajasta.

Raportin tuloksista ilmenee, että vastanneista henkilöistä lähes puolet arvioi osaavansa konsultoida kollegoitaan Saarikan alueella päihdeasiakkaan asioissa sekä osaavansa toimia moniammatillisessa työryhmässä. Kaksi kolmasosaa vastaajista kuitenkin toivoi lisäkoulutusta moniammatilliseen ryhmätyöskentelyyn liittyen. Puolet vastanneista arvioi osaamisensa tason kohtalaiseksi päihdeasiakkaan verkostojen hoitoon mukaan ottamisessa. Lisäkoulutusta perheen osallistamisesta hoitoprosessiin toivottiin yleisesti.

Alkukyselyyn vastanneella henkilökunnalla oli päihdetyön osaamiseen liittyviä vaikeuksia asennoitumisessa päihdeongelmiin ja päihdeasiakkaaseen sekä puutteita päihdeongelman varhaisessa tunnistamisessa. Kyselyn tulosten perusteella hankkeessa tulisikin keskittyä varhaisen tunnistamisen sekä puheeksiottamisen edellytysten lisäämiseen kouluttamalla henkilöstöä. Myllylä (2008) toteaa, että lisäämällä tietoa voidaan vaikuttaa positiivisesti asenteisiin päihdeasiakasta kohtaan. Luomalla yhteisiä toimintatapoja helpotetaan ja selkiytetään asiakkaan jatkohoitoon ohjaamista ja lisätään työntekijän motivaatiota puuttua päihdeasiakkaan tilanteeseen jo varhaisessa vaiheessa. Kuitenkin on ensiarvoisen tärkeää, että jokainen työntekijä sitoutuu ottamaan vastuuta päihdeasiakastaan ensin itse, ja tarvittaessa ohjaa hänet eteenpäin. Saarikan alueella tuleekin vahvistaa eri toimijoiden yhteistyötä ja moniasian-

tuntijaosaamista, jotta päihdeasiakas saa avun keskitetysti yhteistyötiimiltä. Tällöin työntekijät voivat hyödyntää luontevasti toistensa tietoja ja taitoja sekä saada tukea toisiltaan joskus haastavissakin tilanteissa. Kaiken kehittämistyön onnistumisen edellytyksenä on, että henkilöstö sitoutuu päihdetyöhön osana perustehtäväänsä.

Jatkotutkimuksena voisi selvittää, minkälaisia vaikutuksia koulutuksella on ollut Saarikan henkilökunnan asenteisiin, puheeksiotto- ja yhteistyötaitoihin. Myös Selvillä Saarikassa-hankkeen vaikuttavuutta käytännön päihdetyöhön voisi tutkia, kun uusi päihdetyön malli on vakiintunut käyttöön.

LÄHTEET

A 29.8.1986/653. Päihdehuoltoasetus. Viitattu 11.1.2011. Valtion säädöstietopankki Finlex. [Http://www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), ajantasainen lainsäädäntö.

Aalto, M. 2009. Alkoholin suurkulutuksen varhainen tunnistaminen ja hoito. Duodecim 125, 8, 891–896.

Aalto, M. 2010a. Alkoholin ongelmakäytön eri muodot. Teoksessa Alkoholiriippuvuus. Toim. K. Seppä, H. Alho, K. Kiianmaa. Kariston kirjapaino Oy, Hämeenlinna, 8-9.

Aalto, M. 2010b. Alkoholiriippuvuuden yleiset hoitoperiaatteet. Teoksessa Alkoholiriippuvuus. Toim. K. Seppä, H. Alho, K. Kiianmaa. Kariston kirjapaino Oy, Hämeenlinna, 14–15.

Aalto, M. 2010c. Ongelmakäyttö tulisi tunnistaa ennen alkoholiriippuvuuden kehittymistä. Teoksessa Alkoholiriippuvuus. Toim. K. Seppä, H. Alho, K. Kiianmaa. Kariston kirjapaino Oy, Hämeenlinna, 32-33

Aalto, M. & Seppä, K. 2007. Mini-interventio – terveydenhuollon keino vähentää alkoholihaittoja. Kansanterveyslaitoksen julkaisu. Julkaistu 9.3.2007. Viitattu 1.4.2011. [Http://demo.seco.tkk.fi/tervesuomi/item/ktl:12385](http://demo.seco.tkk.fi/tervesuomi/item/ktl:12385).

Alkoholineuvonnan opas. Motivoiva haastattelu. 2008. Päihdelinkki. Viitattu 5.5.2011. <http://www.paihdelinkki.fi/alkoholineuvonnan-opas/motivoiva-haastattelu>.

Anttila, M. & Rousu S.(toim.), 2004. Haravalla kootut: Moniasiantuntijuus, strateginen kumppanuus, seudullinen kumppanuus. Helsinki: Lastensuojelun Keskusliitto: Suomen Kuntaliitto. Kerava: Savion kirjapaino Oy, 4.

Havio, M., Inkinen, M. & Partanen, A. 2008. Päihdehoitotyö. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

HE 90/2010 vp Terveydenhuoltolaki. Viitattu 20.4.2011. Valtion säädöstietopankki Finlex. <http://www.finlex.fi>, hallituksen esitykset.

Heikkilä, T., 2008. Tilastollinen tutkimus. 7. uud. p. Helsinki: Edita.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uud. p. Helsinki: Tammi.

Holmberg, J., Hirschovits, T., Kylmänen, P. & Agge, E. 2008. Tämä potilas kuuluu meille. Sairaanhoidaja tekee mielenterveys- ja päihdehoitotyötä. Suomen Graafiset palvelut Oy.

Holmberg, J., 2010. Päihderiippuvuudesta elämänhallintaan. Edita Prima Oy. Helsinki.

Honkanen, H., 2010. Verkostotyömenetelmien soveltaminen terveyttä edistävissä toiminnassa. Teoksessa Terveyden edistäminen - teoriasta toimintaan. Toim. A-M. Pietilä. WSOY pro.

Järvinen, A., Jokinen, N., Ketonen, T., Laari, L., Opari, P. & Varamäki, R. 2009, Päihdebarometri 2009 Kuntien ja järjestöjen näkemyksiä päihdetilanteesta, Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja 6/2009.

Järvinen, A. & Varamäki R. Suomalaisten alkoholiasenteet 2010. Terveyden edistämisen keskus. Helsinki: Trio-Offset.

Kananen, J. 2010. Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas.: Jyväskylän ammattikorkeakoulu, liiketoiminta ja palvelut -yksikkö, Tampere: Tampereen Yliopistopaino.

KvantiMOTV, nd. Mittaaminen: Muuttujien ominaisuudet Tampere : Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 5.5.2011.
<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/mittaaminen/ominaisuudet.html>.

L 17.1.1986/41. Päihdehuoltolaki. Viitattu 1.11.2011. Valtion säädöstietopankki Finlex. [Http://www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), ajantasainen lainsäädäntö.

L 9.2.2007/169. Laki kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta. Viitattu 20.4.2011. Valtion säädöstietopankki Finlex. [Http://www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), ajantasainen lainsäädäntö.

Laatutähteä tavoittelemassa: ehkäisevän päihdetyön laatukriteerit 2006. Toim. H. Jokinen. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, päihdetyö-ryhmä, Kuopio: Suomen graafiset palvelut, 6-9.

Lappalainen-Lehto, R., Romu, M-L. & Taskinen, M. 2008. Haasteena päihteet: ammatillisen päihdetyön perusteita. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.

Levänen, K. 2006. Päihdetyötä tekevän sairaanhoitajan toivo – ”koskaan ei tiedä mistä se kipinä lähtee”. Kuopio: Kuopion yliopisto. Pro gradu-tutkielma. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Terveystieteiden opettajakoulutus.

Mieli 2009 –työryhmä. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 – työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki: Yliopiston kirjapaino.

Myllylä, M-L. 2008. Perusterveydenhuollossa työskentelevien sairaanhoitajien valmiudet kohdata päihteiden käyttäjiä. Oulu: Oulun yliopisto. Pro gradu-tutkielma. Terveystieteiden laitos.

Mäkelä, R. & Aalto, M., 2010. Päihdehoidon palvelujärjestelmä. Teoksessa Alkoholi-riippuvuus. Toim. K. Seppä, H. Alho, K. Kiianmaa. Kariston kirjapaino Oy, Hämeenlinna 2010, 44.

Mäkelä, R. & Aalto, M., 2010. Päihdehoidon peruspalvelut. Teoksessa Alkoholi-riippuvuus. Toim. K. Seppä, H. Alho, K. Kiianmaa. Kariston kirjapaino Oy, Hämeenlinna 2010, 46-47.

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Vaajakoski, Gummerus Kirjapaino Oy.

Nykänen, S., 2010. Matkalla monialaisuuteen- Koulutuksen tutkimuslaitos, PDF- tiedosto, Jyväskylän yliopistotutkimukset palvelujärjestelyjen johtamisesta ohjausverkostossa. Viitattu 6.5.2011.

http://www.minedu.fi/export/sites/default/lapset_nuoret_perheet/Tapahtumat_ja_aineistot/2010/Seija_Nyksen.pdf.

Näyttötutkinnon perusteet, päihdetyön ammattitutkinto 2007, Helsinki: Opetushallitus, 2000. Viitattu 4.5.2011.

http://www.oph.fi/download/111060_paihdeyto_ammattitutkinto.pdf,
Dno 4/011/2007.

Päihdepalvelut 2009, viitattu 5.5.2011.

http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/paihdeyto_ja_palvelut/paihdeyto;jsessionid=f2ef287491c01daa98ab73a0fb09).

Päihdetilastollinen vuosikirja 2010. Alkoholi ja huumeet 2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Suomen virallinen tilasto. Sosiaaliturva.

Päihdepalvelujen laatusuositukset 2002. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Edita Prima Oy.

Päihdetyö ehkäisee ja korjaa 2009. Sosiaali- ja terveysministeriö. Mielenterveys ja päihdepalvelut. Viitattu 11.3.2011.

[Http://www.stm.fi/sosiaali ja terveyspalvelut/paihdetyo ja palvelut. Sosiaali- ja terveyspalvelut.](http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/paihdetyo_ja_palvelut.Sosiaali-ja_terveyspalvelut)

Päihdetyön keskeiset käsitteet 2006. Päihdetyö. Neuvoa antavat. Viitattu 11.3.2011. [Http://neuvoa-antavat.stakes.fi/FI/kehittaminen/kasitteet/index.htm](http://neuvoa-antavat.stakes.fi/FI/kehittaminen/kasitteet/index.htm).

Ramstad, E. 2008. Innovation generating model-simultaneous development of work organization and knowledge infrastructure: experimenting in the field of organizational development. Väitöskirja. Espoo : Teknillinen korkeakoulu. Helsinki: Tekes.

Salaspuro, M., Kiianmaa, K. & Seppä, K. 2003. Päihdelääketiede. 2. uudistettu p. Kustannus Oy Duodecim, Gummerus kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Selvillä Saarikassa. Tykes- projektin kuvaus. Viitattu 4.4.2011. [https://www.tekes.fi/aksontiepa/kuvaus T90176.html](https://www.tekes.fi/aksontiepa/kuvaus_T90176.html).

Seppä, K. 2003. Alkoholiongelman varhaistoteaminen. Teoksessa Päihdelääketiede. Toim. M. Salaspuro, K. Kiianmaa & K. Seppä. 2. uudistettu p. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim, Gummerus kirjapaino Oy, 57-63.

Seppä, K. 2003. Asenteet. Teoksessa Päihdelääketiede. Toim. M. Salaspuro, K. Kiianmaa & K. Seppä. 2. uudistettu p. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim, Gummerus kirjapaino Oy, 91-93.

Seppä, K. 2005. 600-P- linja/640 Päihdetyön menetelmiä ja lähestymistapoja. Viitattu 1.4.2011. [Http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/642-lyhytneuvonta-mini-interventio](http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/642-lyhytneuvonta-mini-interventio).

Seppä, K., Alho, H. & Kiianmaa, K. 2010. Alkoholiriippuvuus, Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma: Kaste 2008–2011. 2008. Helsinki: Sosiaali-ja terveysministeriö: Yliopistopaino.

Suhonen, H. n.d. Motivoiva haastattelu – interventio päihdeongelman kohtaamiseen. Viitattu 30.4.2011.

http://www.soc.utu.fi/projektit/sosiaalipolitiikka/riippuvuus/motivoiva_haastattelu.pdf.

Tammi, T., Aalto, M. & Koski-Jännes, A., (toim.) 2009. Irti päihdeongelmista: tutkimuksia hoidon ja ehkäisyn menetelmistä. Helsinki: Edita.

Tarnanen, K., Alho, H. & Malmivaara, A. 2010. Alkoholi-ongelman hoito Käyvän hoidon potilasversiot. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 4.5.2011.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/khp00049>.

Varhainen puuttuminen (Varpu)- Vastuunottoa omasta toiminnasta toisten tukemiseksi. 2006. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisu. Viitattu 9.4.2011. <http://groups.stakes.fi/VERK/FI/Varpu/index.htm>.

Vasilaki, EI., Hosier SG., Cox WM., 2006. The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: a meta-analytic review. Alcohol Alcohol 41, 328-335. Viitattu 5.5.2011.
<http://alcalc.oxfordjournals.org/content/41/3/328.full>.

Vähäniemi, A., 2008. Mielenterveys- ja päihdepotilaan hyvä hoitoympäristö. Teoksessa Tämä potilas kuuluu meille. Sairaanhoitaja tekee mielenterveys- ja päihdehoitotyötä. J. Homberg, T. Hirschovits, P. Kylmänen & E. Agge. Suomen Graafiset palvelut Oy. 101-125.

LIITTEET

Liite 1. Saatekirje ja kyselylomake

Selvillä Saarikassa Henkilöstön asenteet ja osaaminen päihde-työssä

Tervetuloa vastaamaan kyselyyn!

Tämä kysely on osa Selvillä Saarikassa -hanketta, jonka tavoitteena on kehittää Saarikan alueen kuntien päihdepalveluita.

Kysely on tarkoitettu koko henkilöstölle riippumatta siitä, kuinka paljon tai vähän tällä hetkellä teet työtä päihdeongelmiin liittyvien asioiden kanssa. Vastaaminen vie noin 15 min ja vasta-
usaikaa on 17.1.2010 asti. On tärkeää, että jokainen vastaa kyselyyn, sillä sitä hyödynne-
tään päihdepalveluiden kehitystyön suunnittelussa, työryhmien toiminnassa ja koulutuspäivien
sisältöjen suunnittelussa. Vastaamalla voit vaikuttaa koulutuspäivien sisältöjen painotuksiin ja
tuleviin työskentelymuotoihin!

Hankkeen toimijoita ovat Perusturvaliikelaitos Saarikan henkilöstö, Jyväskylän Seudun Päih-
depalvelusäätiön henkilöstöä ja Suomenselän Sateenkaari-säätiön henkilöstö sekä Jyväsky-
län ammattikorkeakoulun asiantuntijoita. Hanke kestää kesään 2011 saakka.

Hyvää Uutta Vuotta 2010!

Johanna Heikkilä, 040-8488623

Selvillä Saarikassa - hankkeen projektipäällikkö

Asiantuntija, Jyväskylän ammattikorkeakoulu

johanna.heikkila@jamk.fi

1. Työnantajasi

- ☐ Suomenselän Sateenkaari-säätiö
- ☐ Perusturvaliikelaitos Saarikka

2. Ammattisi (valitse sopivin, joka kuvaa nykyistä tehtävääsi)

- ☐ Lääkäri
- ☐ Palveluvastaava/osastonhoitaja
- ☐ Sairaanhoidaja/terveydenhoitaja
- ☐ Lähihoitaja/perushoitaja/kodinhoitaja
- ☐ Palveluohjaaja

- ☐ Sosiaalityöntekijä
- ☐ Psykologi
- ☐ Fysioterapeutti
- ☐ Jokin muu, mikä _____

3. Työtehtäviesi luonne

- ☐ Esimiestehtävät
- ☐ Asiantuntijatehtävät (esim. lääkäri, psykologi, sosiaalityöntekijät...)
- ☐ Vaativat sosiaali- ja hoitoalan asiakastehtävät (esim. sh, th, ft, perhett)
- ☐ Sosiaali- ja hoitoalan asiakastehtävät (esim. lh)
- ☐ Avustavat sosiaali- ja hoitoalan asiakastehtävät (kouluttamattomat henkilöt)
- ☐ Tukipalvelutehtävät (esim. laitoshuoltaja, ammatimies)
- ☐ Muut tehtävät

4. Koulutuksesi

- ☐ Licensiaatti tai tohtori
- ☐ Ylempi korkeakoulututkinto (myös ylempi ammattikorkeakoulututkinto)
- ☐ Alempi korkeakoulututkinto (myös ammattikorkeakoulututkinto tai entinen opisto-asteen tutkinto)
- ☐ Ammatillinen perustutkinto tai erikoisammattitutkinto (esim. 2.asteen tutkinto, kouluasteen tutkinto)
- ☐ Ammatillinen kurssi
- ☐ Ei ammatillista koulutusta nykyisiin tehtäviin

5. Ikäsi

- ☐ alle 20
- ☐ 20-24
- ☐ 25-29
- ☐ 30-34
- ☐ 35-39
- ☐ 40-44
- ☐ 45-49
- ☐ 50-54
- ☐ 55-59
- ☐ 60-64
- ☐ 65-

6. Työkokemuksesi nykyisissä tehtävissä vuosina

- ☐ 0-3 vuotta
- ☐ yli 3 vuotta -5 vuotta
- ☐ yli 5 vuotta -10 vuotta
- ☐ yli 10 vuotta -15 vuotta
- ☐ yli 15 vuotta

7. Kuinka paljon peruskoulutuksessasi oli erityisesti pähteisiin liittyvää koulutusta?

- ☐ Enemmän kuin 40 tuntia
- ☐ 40 tuntia tai sitä vähemmän
- ☐ Ei lainkaan

() Minulla ei ole koulutusta

8. Oletko työssä ollessasi käynyt päihdekoulutuksessa (esim. ammatillinen täydennyskoulutus, toimipaikkakoulutus)?

- [] Pitkässä koulutuksessa (yli 1 kk kestävässä)
 [] Useissa lyhyissä koulutuksissa (yhteensä alle 1kk)
 [] Yksittäisiä päiviä
 [] En ole

9. Mistä ikäryhmästä kohtaat asiakkaita/potilaita lukumääräisesti eniten tällä hetkellä?

- () Lapset alle 12 vuotta
 () Nuoret 12-17 vuotta
 () Nuoret 18-25
 () Työikäiset 26-64 vuotta
 () Ikääntyvät tai ikäihmiset yli 65 vuotta

10. Arvioi kuinka suurella osalla asiakkaistasi tai potilaistasi prosentteina (%) on päihdeongelma ? _____

11. Kuinka usein kohtaat työssäsi asiakkaita/potilaita, joilla on riippuvuus ongelma seuraavien asioiden osalta?

	Usein	Melko usein	Harvoin	En koskaan
Alkoholi	()	()	()	()
Lääkkeet	()	()	()	()
Huumausaineet	()	()	()	()
Sekakäyttö	()	()	()	()
Pelaaminen	()	()	()	()

12. Kuinka usein otat työssäsi puheeksi riippuvuusongelman asiakkaan/potilaan kanssa?

	Usein	Melko usein	Harvoin	En koskaan
Alkoholi	()	()	()	()
Lääkkeet	()	()	()	()
Huumausaineet	()	()	()	()
Sekakäyttö	()	()	()	()
Pelaaminen	()	()	()	()

13. Riippuvuusongelman puheeksiotto on vaikeaa, koska

14. Millaisia ajatuksia päihteitä käyttävä asiakas/potilas herättää sinussa? Valitse vaihtoehto joka parhaiten kuvaa ajatuksiasi.

	Täysin samaa mieltä	Samaa mieltä	Eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
Hoitaessani päihteitä käyttävää asiakasta, minusta tuntuu usein siltä, että hän on väärin palvelujen piirissä	()	()	()	()	()
Päihteitä käyttävän asiakkaan hoitaminen on mielestäni tärkeää	()	()	()	()	()
Päihteitä käyttävä asiakas/potilas on itse syyllinen tilanteeseensa	()	()	()	()	()
Päihteitä käyttävien asiakkaiden/potilaiden kanssa tulee helpommin vaikeuksia kuin muiden asiakkaiden/potilaiden kanssa	()	()	()	()	()
Terveyshaittojen vähentäminen päihteitä käyttävien asiakkaiden/potilaiden osalta on tärkeää, vaikka päihteiden käyttö jatkuisi-kin	()	()	()	()	()
Asiakkaan/potilaan itsetuhoinen käyttäytyminen ahdistaa minua	()	()	()	()	()
Asiakkaan/potilaan haluttomuus osallistua omaan hoitoonsa vähentää motivaatioitani työskennellä hänen kanssaan	()	()	()	()	()
Päihteitä käyttävään asiakkaaseen/potilaaseen on vaikea luottaa	()	()	()	()	()
Päihteitä käyttävä asiakas/potilas vie toisten asiakkaiden/potilaiden kustannuksella henkilökunnan aikaa	()	()	()	()	()
Päihteitä käyttävä asiakas/potilas on käyttäytynyt uhkaavasti minua kohtaan	()	()	()	()	()
Asiakkaan/potilaan kotona oleva "ryyppy-porukka" pelottaa ja/tai ahdistaa minua	()	()	()	()	()
Minun on helppoa ottaa puheeksi päihteiden liikakäyttö, vaikka asiakkaana/potilaana olisi työtoverini	()	()	()	()	()

15. Kuvaile millaista henkilöä ajattelet kun ajattelet päihdeongelmaista

17. Arvioi mitä eri työskentelytapoja käytät kohdatessasi päihteitä käyttävän asiakkaan. Mikäli et tee asiakastyötä voit ohittaa kysymyksen.

Kohdatessani työssäni päihteitä käyttävän asiakkaan/potilaan

	Aina	Usein	Melko usein	Harvoin	En koskaan
Kysyn hänen päihteiden käytöstään	()	()	()	()	()
Painotan, että päihteiden käytöstä keskusteltaessa saatu tieto on luottamuksellista	()	()	()	()	()
Kysyn arviota päihdeongelman laajuudesta	()	()	()	()	()
Kysyn kuinka motivoitunut hän on hoitamaan omaa päihdeongelmaansa	()	()	()	()	()
Annan ohjeita päihteiden ongelmakäytön tunnistamiseen	()	()	()	()	()
Autan itsehoidon vahvistamisessa	()	()	()	()	()
Autan löytämään arkisia keinoja päihteiden käytön vähentämiseen tai hallitsemiseen	()	()	()	()	()
Kysyn päihteiden vaikutuksesta hänen terveyteensä	()	()	()	()	()
Keskustelen päihteiden käytön vaikutuksista puolisoon	()	()	()	()	()
Keskustelen päihteiden käytön vaikutuksista lapsein	()	()	()	()	()
Annan ohjeita perheen voimavarojen vahvistamiseen	()	()	()	()	()
Kerron vertaistuen mahdollisuuksista	()	()	()	()	()
Keskustelen hänen tunteistaan	()	()	()	()	()
Annan ohjeita päihteistä kieltäytymisestä sosiaalisissa tilanteissa	()	()	()	()	()
Annan ohjeita tilanteisiin, joissa houkutus käyttää päihteitä korostuu	()	()	()	()	()

18. Kuvaa mitä eri yhteistyömuotoja olet käyttänyt eri yhteistyökumppanien kanssa päihdeongelmaisten hoidossa viimeisen vuoden aikana. Mikäli et tee asiakastyötä voit ohittaa kysymyksen.

Yhteistyökumppanisi ja käyttämäsi yhteistyömuodot päihdeongelmaisten hoidossa vuonna 2009

	Olen ollut yhteistyössä kasvokkain	Olen ollut yhteistyössä sähköpostitse	Olen ollut yhteistyössä puhelimitse	Olen ollut yhteistyössä kirjeitse	En ole ollut yhteistyössä
työterveydenhuollon henkilöstö	()	()	()	()	()
perusterveydenhuollon henkilöstö	()	()	()	()	()

erikoissairaanhoidon henkilöstö	()	()	()	()	()
mielenterveystoimiston henkilöstö	()	()	()	()	()
äitiys- tai lastenneuvolan henkilöstö	()	()	()	()	()
perheneuvolan henkilöstö	()	()	()	()	()
sosiaalipäivystyksen henkilöstö	()	()	()	()	()
päihdetyötä tekevä sosiaalityöntekijä	()	()	()	()	()
muut sosiaalityöntekijät	()	()	()	()	()
Äänekosken päihdekliniikan henkilöstö	()	()	()	()	()
Jyväskylän Seudun Päihdepalvelusäätiön henkilöstö (älä vastaa, jos olet säätiön henkilöstöä)	()	()	()	()	()
Suomenselän Sateenkaari -säätiön henkilöstö (älä vastaa, jos olet säätiön henkilöstöä)	()	()	()	()	()
Perusturvaliikelaitos Saarikan henkilöstö (älä vastaa, jos olet Saarikan henkilöstöä)	()	()	()	()	()
poliisi	()	()	()	()	()
järjestöt, seurakunnat tai vastaavat tahot	()	()	()	()	()
Jokin muu, mikä	()	()	()	()	()

19. Päihdepalveluasiakkaan/potilaan jatkohoitoon ohjaus vuonna 2009. Mikäli et tee asiakastyötä voit ohittaa kysymyksen.

Olen ohjannut päihteitä käyttävän asiakkaan/potilaan edelleen

	Usein	Melko usein	Harvoin	Erittäin harvoin	En kertaakaan vuonna 2009
työterveyslääkärille	()	()	()	()	()
terveydenhoitajalle	()	()	()	()	()
omalääkärin vastaanotolle	()	()	()	()	()
sosiaalityöntekijälle yleensä	()	()	()	()	()

erityisesti päihdetyötä tekeväille sosiaalityöntekijälle	()	()	()	()	()
mielenterveystoimistoon	()	()	()	()	()
vuodeosastolle	()	()	()	()	()
Äänekosken päihdeklินิกalle	()	()	()	()	()
laitoshoitoon, mihin	()	()	()	()	()
johonkin muualle, mihin	()	()	()	()	()

20. Minun on vaikea tietää mihin ohjaan päihdeasiakkaan

- ☐ Usein
☐ Melko usein
☐ Harvoin
☐ Erittäin harvoin
☐ Ei koskaan
☐ Ei kuulu työtehtäviini

21. Toimintamallien ja ohjeiden merkitys päihdepalveluissa

	Täysin samaa mieltä	Samaa mieltä	Eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
Ohjeiden ja yhteisten toimintalinjojen avulla päihdettä käyttävän asiakkaan/potilaan palvelu on selkeää	()	()	()	()	()
Moniammatillinen ryhmätyöskentely edistää tuloksellista työskentelyä päihdeongelmaisen kanssa	()	()	()	()	()
Päihdeongelmaisen omaiset tulee huomioida ja ottaa mukaan hoitoprosessiin	()	()	()	()	()
Päihdeongelmaisen hoitopolun tulee olla kaikille yhtenevä riippumatta tilanteesta	()	()	()	()	()
Työyhteisössäni on selkeät yhteisesti sovitut ohjeet ja linjaukset päihdettä käyttävän asiakkaan/potilaan osalta	()	()	()	()	()
Lastensuojeluhuolta koskevissa tilanteissa tulee konsultoida sosiaalityöntekijää	()	()	()	()	()
Lastensuojeluhuolta koskevissa tilanteissa tulee tehdä lastensuojeluilmoitus	()	()	()	()	()
Työpaikallani on toimiva päihdeongelmaisen hoitoonohjaus	()	()	()	()	()

Päihteitä käyttävän asiakkaan/potilaan palveluissa on piirteitä, jotka ovat vastaan omaa etiikkaani	()	()	()	()	()
Kykenen toimimaan ja auttamaan päihdeongelmaista omien voimavarojeni ja osaamiseni avulla	()	()	()	()	()
Koen olevani vastuussa päihdeasiakkaasta/ potilaasta	()	()	()	()	()
Vastuu päihdeasiakkaasta/potilaasta kuuluu toisaalle palveluissa	()	()	()	()	()
Korostan asiakkaan/potilaan omaa vastuuta päihdeongelman hoidossa	()	()	()	()	()

22. Arvioni päihdetyön tiedoistani

	Erittäin hyvin	Hyvin	Kohtalaisesti	En lainkaan
Tiedän markkinoilla olevat päihteet ja niiden käyttötavat	()	()	()	()
Tiedän päihteiden vaikutukset fyysiselle terveydelle	()	()	()	()
Tiedän päihteiden vaikutukset sosiaaliselle hyvinvoinnille	()	()	()	()
Tiedän päihteiden vaikutukset mielenterveydelle	()	()	()	()
Tiedän päihteiden aiheuttamasta riippuvuudesta	()	()	()	()
Tiedän mini-intervention toimintaperiaatteet	()	()	()	()
Tiedän päihdeasiakkaan/potilaan motivoivan haastattelun menetelmän periaatteet	()	()	()	()
Tiedän päihdeasiakkaan/potilaan palvelujärjestelmän	()	()	()	()
Tiedän päihdeasiakkaan/potilaan hoitopolun	()	()	()	()

23. Arvioni päihdetyön taidoistani

	Erittäin hyvin	Hyvin	Kohtalaisesti	En lainkaan
Hallitsen päihdeasiakkaan/potilaan kohtaamisen	()	()	()	()
Hallitsen päihteiden puheeksi ottamisen	()	()	()	()
Osaan käyttää mini-interventiota	()	()	()	()

Osaan motivoida päihdeasiak- kaan/potilaan omaan hoitoonsa	()	()	()	()
Osaan ottaa päihdeasiak- kaan/potilaan perheen mukaan hoitoprosessiin	()	()	()	()
Osaan ottaa päihdeasiak- kaan/potilaan verkostot mukaan hoitoon	()	()	()	()
Osaan aktivoida päihdeasiak- kaan/potilaan verkostoja tavoit- teiden suunnassa	()	()	()	()
Osaan toimia moniammatillisessa työryhmässä	()	()	()	()
Osaan konsultoida kollegoita päih- deasiakkaan/potilaan asioissa Perusturvaliikelaitos Saarikan alueella	()	()	()	()
Osaan konsultoida erikoissairaan- hoitoa päihdepotilaan asioissa	()	()	()	()
Voin hyödyntää omaa päihde- osaamistani työssäni	()	()	()	()

24. Päihdetyön osaamisen kehittämistarpeeni. Tarvitsen lisäkoulutusta, tietoja ja taitoja seuraavista:

	Erittäin paljon	Paljon	Jonkin verran	Vähän	En lain- kaan
päihdeasiakkaan/potilaan kohtaami- seen	()	()	()	()	()
päihdeongelman puheeksi ottamiseen	()	()	()	()	()
päihteen vaikutuksesta fyysiselle terveydelle	()	()	()	()	()
päihteen vaikutuksesta mielenter- veydelle	()	()	()	()	()
päihteen vaikutuksesta sosiaaliselle hyvinvoinnille	()	()	()	()	()
päihteen aiheuttamasta riippuvuu- desta	()	()	()	()	()
motivoivan haastattelun tekniikkaan	()	()	()	()	()
asiakkaan/potilaan osallistamisesta hoitoprosessiin	()	()	()	()	()
perheen osallistamisesta hoitoproses- siin	()	()	()	()	()
työskentelystä sosiaalisen verkoston kanssa	()	()	()	()	()
päihdeasiakkaan/potilaan palvelujär- jestelmästä	()	()	()	()	()

päihdeasiakkaan/potilaan hoitopolusta	()	()	()	()	()
eri työskentelymuoto- jen/työmenetelmien vaikutuksista ja vaikuttavuudesta	()	()	()	()	()
palvelun laadusta ja laadun kehittä- misestä	()	()	()	()	()
moniammatillisesta ryhmätyöskente- lystä	()	()	()	()	()
päihdepalvelun tuottajista Perusturva- liikelaitos Saarikan alueella	()	()	()	()	()
päihdepalvelun tuottajista Keski- Suomen alueella	()	()	()	()	()
konsultointimahdollisuuksista Perus- turvaliikelaitos Saarikassa	()	()	()	()	()
mahdollisuuksista konsultoida erikois- sairaanhoidon päideasioissa	()	()	()	()	()

**25. Muita kommentteja ja huomioita moniammatillisesta päihdetyöstä
ja päihdepalveluiden kehittämisestä Saarikassa**

Liite 2. Frekvenssi- ja prosenttijakaumat ajatuksista joita päihteitä käyttävä asiakas herättää

14. Millaisia ajatuksia päihteitä käyttävä asiakas/potilas herättää sinussa? Valitse vaihtoehto joka parhaiten kuvaa ajatuksiasi.

	Täysin samaa mieltä (Arvo: 4)	Samaa mieltä (Arvo: 3)	Eri mieltä (Arvo: 2)	Täysin eri mieltä (Arvo: 1)	En osaa sanoa (Arvo: 0)	Yhteensä
Hoitaessani päihteitä käyttävää asiakasta, minusta tuntuu usein siltä, että hän on väärin palvelujen piirissä avg: 2,66	35 / 15 %	77 / 32 %	69 / 29 %	17 / 7 %	40 / 17 %	100 %
Päihteitä käyttävän asiakkaan hoitaminen on mielestäni tärkeää avg: 3,37	100 / 42 %	121 / 51 %	10 / 4 %	2 / 1 %	6 / 3 %	100 %
Päihteitä käyttävä asiakas/potilas on itse syyllinen tilanteeseensa avg: 2,39	7 / 3 %	76 / 32 %	96 / 40 %	14 / 6 %	45 / 19 %	100 %
Päihteitä käyttävien asiakkaiden/potilaiden kanssa tulee helpommin vaikeuksia kuin muiden asiakkaiden/potilaiden kanssa avg: 2,78	33 / 14 %	112 / 47 %	60 / 25 %	10 / 4 %	23 / 10 %	100 %
Terveystaittojen vähentäminen päihteitä käyttävien asiakkaiden/potilaiden osalta on tärkeää, vaikka päihteiden käyttö jatkuisikin avg: 3,16	62 / 26 %	138 / 58 %	22 / 9 %	2 / 1 %	14 / 6 %	100 %
Asiakkaan/potilaan itsetuhoinen käyttäytyminen ahdistaa minua avg: 2,65	23 / 10 %	96 / 40 %	75 / 32 %	10 / 4 %	34 / 14 %	100 %
Asiakkaan/potilaan haluttomuus osallistua omaan hoitoonsa vähentää motivaatioitani työskennellä hänen kanssaan avg: 2,71	32 / 14 %	97 / 41 %	75 / 32 %	9 / 4 %	24 / 10 %	100 %
Päihteitä käyttävään asiakkaaseen/potilaaseen on vaikea luottaa avg: 2,96	34 / 14 %	143 / 60 %	37 / 15 %	3 / 1 %	22 / 9 %	100 %
Päihteitä käyttävä asiakas/potilas vie toisten asiakkaiden/potilaiden kustannuksella henkilökunnan aikaa avg: 2,57	31 / 13 %	76 / 32 %	87 / 37 %	18 / 8 %	25 / 11 %	100 %

Päihteitä käyttävä asiakas/potilas on käyttäytynyt uhkaavasti minua kohtaan avg: 2,45	28 / 12 %	80 / 34 %	75 / 32 %	37 / 16 %	17 / 7 %	100 %
Asiakkaan/potilaan kotona oleva "ryyppyporukka" pelottaa ja/tai ahdistaa minua avg: 2,53	18 / 8 %	75 / 32 %	55 / 23 %	21 / 9 %	66 / 28 %	100 %
Minun on helppoa ottaa puheeksi päihteiden liikakäyttö, vaikka asiakkaana/potilaana olisi työtoverini avg: 2,18	13 / 6 %	48 / 20 %	95 / 40 %	39 / 17 %	41 / 17 %	100 %
Yhteensä	416 kpl / 15 %	1139 kpl / 40 %	756 kpl / 27 %	182 kpl / 6 %	357 kpl / 13 %	

Liite 3. Frekvenssi- ja prosenttijakaumat liittyen asiakkaan kohtaamisen ja puheeksiottamisen useuteen

11. Kuinka usein kohtaat työssäsi asiakkaita/potilaita, joilla on riippuvuus ongelma seuraavien asioiden osalta?

	Usein (Arvo: 3)	Melko usein (Arvo: 2)	Harvoin (Arvo: 1)	En koskaan (Arvo: 0)	Yhteensä
Alkoholi avg: 1,69	50 / 21 %	79 / 33 %	100 / 41 %	12 / 5 %	100 %
Lääkkeet avg: 1,30	15 / 6 %	62 / 26 %	138 / 58 %	22 / 9 %	100 %
Huumausaineet avg: 0,65	0 / 0 %	8 / 3 %	137 / 59 %	89 / 38 %	100 %
Sekakäyttö avg: 0,96	3 / 1 %	42 / 18 %	132 / 56 %	57 / 24 %	100 %
Pelaaminen avg: 0,60	0 / 0 %	11 / 5 %	120 / 51 %	104 / 44 %	100 %
Yhteensä	68 kpl / 6 %	202 kpl / 17 %	627 kpl / 53 %	284 kpl / 24 %	

12. Kuinka usein otat työssäsi puheeksi riippuvuusongelman asiakkaan/potilaan kanssa?

	Usein (Arvo: 3)	Melko usein (Arvo: 2)	Harvoin (Arvo: 1)	En koskaan (Arvo: 0)	Yhteensä
Alkoholi avg: 1,43	45 / 19 %	59 / 25 %	90 / 38 %	46 / 19 %	100 %
Lääkkeet avg: 1,04	14 / 6 %	46 / 19 %	114 / 48 %	64 / 27 %	100 %
Huumausaineet avg: 0,57	6 / 3 %	15 / 6 %	85 / 36 %	129 / 55 %	100 %
Sekakäyttö avg: 0,75	8 / 3 %	30 / 13 %	89 / 38 %	105 / 45 %	100 %
Pelaaminen avg: 0,45	4 / 2 %	10 / 4 %	72 / 31 %	146 / 63 %	100 %
Yhteensä	77 kpl / 7 %	160 kpl / 14 %	450 kpl / 38 %	490 kpl / 42 %	

Liite 4. Frekvenssi- ja prosenttijakaumat liittyen asiakkaan kohtaamistilanteeseen

17. Kohdatessani työssäni päihteitä käyttävän asiakkaan/potilaan

	Aina (Arvo: 4)	Usein (Arvo: 3)	Melko usein (Arvo: 2)	Harvoin (Arvo: 1)	En koskaan (Arvo: 0)	Yhteensä
Kysyn hänen päihteiden käytöstään avg: 2,49	40 / 22 %	49 / 27 %	32 / 18 %	47 / 26 %	14 / 8 %	100 %
Painotan, että päihteiden käytöstä keskusteltaessa saatu tieto on luotamuksellista avg: 2,53	45 / 26 %	35 / 20 %	35 / 20 %	42 / 24 %	18 / 10 %	100 %
Kysyn arviota päihdeongelman laajuudesta avg: 2,26	26 / 14 %	40 / 22 %	43 / 24 %	51 / 28 %	22 / 12 %	100 %
Kysyn kuinka motivoitunut hän on hoitamaan omaa päihdeongelmaansa avg: 2,29	21 / 12 %	48 / 27 %	41 / 23 %	45 / 25 %	23 / 13 %	100 %
Annan ohjeita päihteiden ongelmakäytön tunnistamiseen avg: 1,95	14 / 8 %	34 / 19 %	34 / 19 %	69 / 39 %	28 / 16 %	100 %
Autan itsehoidon vahvistamisessa avg: 2,21	17 / 9 %	42 / 23 %	60 / 33 %	42 / 23 %	19 / 11 %	100 %
Autan löytämään arkisia keinoja päihteiden käytön vähentämiseen tai hallitsemiseen avg: 2,19	16 / 9 %	48 / 27 %	47 / 26 %	49 / 27 %	20 / 11 %	100 %
Kysyn päihteiden vaikutuksesta hänen terveyteensä avg: 2,34	21 / 12 %	61 / 34 %	39 / 22 %	46 / 26 %	11 / 6 %	100 %
Keskustelen päihteiden käytön vaikutuksista puolisoon avg: 2,12	17 / 10 %	34 / 19 %	43 / 24 %	51 / 29 %	32 / 18 %	100 %

Keskustelen päih- teiden käytön vai- kutuksista lapsiin avg: 2,32	28 / 16 %	37 / 21 %	34 / 19 %	47 / 26 %	33 / 18 %	100 %
Annan ohjeita per- heen voimavarojen vahvistamiseen avg: 1,85	3 / 2 %	38 / 22 %	38 / 22 %	65 / 37 %	31 / 18 %	100 %
Kerron vertaistuen mahdollisuuksista avg: 1,96	10 / 6 %	34 / 19 %	45 / 25 %	60 / 33 %	31 / 17 %	100 %
Keskustelen hänen tunteistaan avg: 2,19	16 / 9 %	45 / 25 %	52 / 29 %	46 / 26 %	21 / 12 %	100 %
Annan ohjeita päih- teistä kieltäytymi- sestä sosiaalisissa tilanteissa avg: 1,76	6 / 3 %	25 / 14 %	40 / 22 %	71 / 40 %	37 / 21 %	100 %
Annan ohjeita tilan- teisiin, joissa hou- kutukset käyttää päih- teitä korostuu avg: 1,90	9 / 5 %	34 / 19 %	35 / 20 %	66 / 37 %	34 / 19 %	100 %
Yhteensä	289 kpl / 11 %	604 kpl / 23 %	618 kpl / 23 %	797 kpl / 30 %	374 kpl / 14 %	

Liite 5. Frekvenssi- ja prosenttijakaumat liittyen toimintamallien ja ohjeiden merkitykseen päihdepalveluissa

21. Toimintamallien ja ohjeiden merkitys päihdepalveluissa

	Täysin samaa mieltä (Arvo: 4)	Samaa mieltä (Arvo: 3)	Eri mieltä (Arvo: 2)	Täysin eri mieltä (Arvo: 1)	En osaa sanoa (Arvo: 0)	Yhteensä
Ohjeiden ja yhteisten toimintalinjojen avulla päihteitä käyttävän asiakkaan/potilaan palvelu on selkeää avg: 3,02	59 / 27 %	88 / 40 %	33 / 15 %	11 / 5 %	29 / 13 %	100 %
Moniammatillinen ryhmätyöskentely edistää tuloksellista työskentelyä päihdeongelmaisen kanssa avg: 3,37	82 / 38 %	111 / 51 %	6 / 3 %	1 / 0 %	18 / 8 %	100 %
Päihdeongelmaisen omaiset tulee huomioida ja ottaa mukaan hoitoprosessiin avg: 3,46	101 / 46 %	106 / 49 %	2 / 1 %	1 / 0 %	8 / 4 %	100 %
Päihdeongelmaisen hoitopolun tulee olla kaikille yhtenevä riippumatta tilanteesta avg: 2,94	59 / 27 %	75 / 35 %	56 / 26 %	7 / 3 %	20 / 9 %	100 %
Työyhteisössäni on selkeät yhteisesti sovitut ohjeet ja linjaukset päihteitä käyttävän asiakkaan/potilaan osalta avg: 2,34	18 / 8 %	45 / 21 %	79 / 36 %	25 / 11 %	51 / 23 %	100 %
Lastensuojeluhoitoa koskeissa tilanteissa tulee konsultoida sosiaalityöntekijää avg: 3,59	121 / 56 %	79 / 36 %	2 / 1 %	0 / 0 %	15 / 7 %	100 %
Lastensuojeluhoitoa koskeissa tilanteissa tulee tehdä lastensuojeluilmoitus avg: 3,57	118 / 54 %	73 / 34 %	3 / 1 %	2 / 1 %	21 / 10 %	100 %
Työpaikallani on toimiva päihdeongelmaisen hoitoonohjaus avg: 2,40	13 / 6 %	51 / 24 %	58 / 27 %	20 / 9 %	73 / 34 %	100 %
Päihteitä käyttävän asiakkaan/potilaan palveluissa on piirteitä, jotka ovat vastaan omaa etiikkaani avg: 2,23	6 / 3 %	49 / 23 %	66 / 31 %	27 / 13 %	67 / 31 %	100 %
Kykenen toimimaan ja auttamaan päihdeongelmaista omien voimavarojeni ja osaamiseni avulla avg: 2,65	16 / 7 %	92 / 43 %	51 / 24 %	12 / 6 %	45 / 21 %	100 %

Koen olevani vastuussa päihdeasiakkaasta/ potilaasta avg: 2,66	17 / 8 %	96 / 44 %	55 / 25 %	12 / 6 %	36 / 17 %	100 %
Vastuu päihdeasiakasta/potilaasta kuuluu toisaalle palveluissa avg: 2,43	18 / 8 %	58 / 27 %	71 / 33 %	21 / 10 %	45 / 21 %	100 %
Korostan asiakkaan/potilaan omaa vastuuta päihdeongelman hoidossa avg: 3,21	57 / 27 %	123 / 57 %	14 / 7 %	1 / 0 %	20 / 9 %	100 %
Yhteensä	685 kpl / 24 %	1046 kpl / 37 %	496 kpl / 18 %	140 kpl / 5 %	448 kpl / 16 %	

Liite 6. Frekvenssi- ja prosenttijakaumat liittyen yhteistyökumppaneihin sekä käytettyihin yhteistyömuotoihin

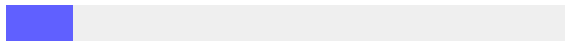
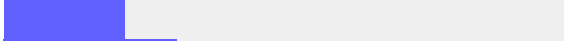
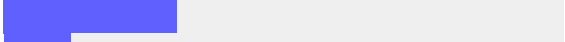
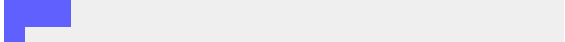
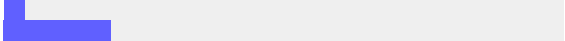

18. Yhteistyökumppanisi ja käyttämäsi yhteistyömuodot päihdeongelmaisten hoidossa vuonna 2009

	Olen ollut yhteistyössä kasvokkain (Arvo: 4)	Olen ollut yhteistyössä sähköpostitse (Arvo: 3)	Olen ollut yhteistyössä puhelimitse (Arvo: 2)	Olen ollut yhteistyössä kirjeitse (Arvo: 1)	En ole ollut yhteistyössä (Arvo: 0)	Yhteensä
työterveydenhuollon henkilöstö avg: 3,24	27 / 17 %	3 / 2 %	14 / 9 %	1 / 1 %	118 / 72 %	100 %
perusterveydenhuollon henkilöstö avg: 3,48	77 / 46 %	2 / 1 %	25 / 15 %	1 / 1 %	61 / 37 %	100 %
erikoissairaanhoidon henkilöstö avg: 2,62	12 / 7 %	1 / 1 %	22 / 14 %	2 / 1 %	125 / 77 %	100 %
mielenterveyshuollon henkilöstö avg: 3,38	61 / 37 %	5 / 3 %	24 / 14 %	1 / 1 %	75 / 45 %	100 %
äitiys- tai lastenneuvolan henkilöstö avg: 3,19	16 / 10 %	0 / 0 %	11 / 7 %	0 / 0 %	136 / 83 %	100 %
perheneuvolan henkilöstö avg: 3,09	12 / 8 %	0 / 0 %	10 / 6 %	0 / 0 %	138 / 86 %	100 %
sosiaalipäivystyksen henkilöstö avg: 3,34	20 / 12 %	0 / 0 %	8 / 5 %	1 / 1 %	132 / 82 %	100 %
päihdetyötä tekevä sosiaalityöntekijä avg: 3,58	76 / 47 %	3 / 2 %	16 / 10 %	2 / 1 %	66 / 40 %	100 %
muut sosiaalityöntekijät avg: 3,45	53 / 33 %	1 / 1 %	18 / 11 %	1 / 1 %	90 / 55 %	100 %
Äänekosken päihdekliniikan henkilöstö avg: 2,80	6 / 4 %	1 / 1 %	7 / 4 %	1 / 1 %	145 / 91 %	100 %
Jyväskylän Seudun Päihdepalvelusäätiön henkilöstö (älä vastaa, jos olet säätiön henkilöstöä) avg: 2,36	2 / 1 %	1 / 1 %	11 / 7 %	0 / 0 %	145 / 91 %	100 %
Suomenselän Sateenkaari -säätiön henki-	30 / 19 %	0 / 0 %	11 / 7 %	4 / 3 %	112 / 71 %	100 %

löstö (älä vastaa, jos olet säätiön henkilöstöä) avg: 3,24						
Perusturvaliikelaitos Saarikan henkilöstö (älä vastaa, jos olet Saarikan henkilöstöä) avg: 4,00	7 / 20 %	0 / 0 %	0 / 0 %	0 / 0 %	28 / 80 %	100 %
poliisi avg: 3,43	36 / 23 %	0 / 0 %	11 / 7 %	2 / 1 %	111 / 69 %	100 %
järjestöt, seurakunnat tai vastaavat tahot avg: 3,29	20 / 13 %	1 / 1 %	9 / 6 %	1 / 1 %	126 / 80 %	100 %
avg: 3,60	4 / 5 %	0 / 0 %	1 / 1 %	0 / 0 %	72 / 94 %	100 %
Yhteensä	459 kpl / 19 %	18 kpl / 1 %	198 kpl / 8 %	17 kpl / 1 %	1680 kpl / 71 %	

Liite 7. Frekvenssi- ja prosenttijakaumat liittyen päihdeasiakkaan jatkohoitoon ohjaamisen vaikeuteen

20. Minun on vaikea tietää mihin ohjaan päihdeasiakkaan

		N	%
Usein		28	12 %
Melko usein		51	22 %
Harvoin		72	31 %
Erittäin harvoin		28	12 %
Ei koskaan		9	4 %
Ei kuulu työtehtäviini		45	19 %
Yhteensä		233	100 %

Liite 8. Frekvenssi- ja prosenttijakaumat liittyen päihdeasiakkaan jatkohoitoon ohjaukseen

19. Päihdepalveluasiakkaan/potilaan jatkohoitoon ohjaus vuonna 2009.

	Usein (Arvo: 4)	Melko usein (Arvo: 3)	Harvoin (Arvo: 2)	Erittäin harvoin (Arvo: 1)	En kertaa- kaan vuonna 2009 (Arvo: 0)	Yhteensä
työterveyslääkärille avg: 2,05	2 / 1 %	8 / 5 %	18 / 12 %	10 / 7 %	115 / 75 %	100 %
terveydenhoitajalle avg: 2,08	2 / 1 %	12 / 8 %	22 / 15 %	12 / 8 %	101 / 68 %	100 %
omalääkärin vastaanotolle avg: 2,30	4 / 3 %	30 / 19 %	27 / 17 %	15 / 10 %	80 / 51 %	100 %
sosiaalityöntekijälle yleen- sä avg: 2,55	10 / 6 %	35 / 22 %	29 / 19 %	9 / 6 %	73 / 47 %	100 %
erityisesti päihdetyötä tekevälle sosiaalityönteki- jälle avg: 3,05	35 / 22 %	23 / 15 %	19 / 12 %	6 / 4 %	74 / 47 %	100 %
mielenterveystoimistoon avg: 2,58	10 / 7 %	31 / 21 %	23 / 15 %	9 / 6 %	78 / 52 %	100 %
vuodeosastolle avg: 2,22	3 / 2 %	13 / 9 %	20 / 13 %	9 / 6 %	104 / 70 %	100 %
Äänekosken päihdeklinikal- le avg: 2,00	1 / 1 %	5 / 3 %	8 / 5 %	7 / 5 %	125 / 86 %	100 %
avg: 1,94	0 / 0 %	2 / 2 %	11 / 9 %	3 / 2 %	110 / 87 %	100 %
avg: 2,22	1 / 1 %	2 / 2 %	4 / 4 %	2 / 2 %	103 / 92 %	100 %
Yhteensä	68 kpl / 5 %	161 kpl / 11 %	181 kpl / 12 %	82 kpl / 6 %	963 kpl / 66 %	

Liite 9. Frekvenssi- ja prosenttijakaumat liittyen vastaajien arvioon päihdetyön tiedoistaan

22. Arvioni päihdetyön tiedoistani

	Erittäin hyvin (Arvo: 3)	Hyvin (Arvo: 2)	Kohtalaisesti (Arvo: 1)	En lainkaan (Arvo: 0)	Yhteensä
Tiedän markkinoilla olevat päih- teet ja niiden käyttötavat avg: 1,31	7 / 3 %	52 / 22 %	155 / 67 %	19 / 8 %	100 %
Tiedän päihdeiden vaikutukset fyysiselle terveydelle avg: 1,75	31 / 13 %	112 / 48 %	88 / 38 %	1 / 0 %	100 %
Tiedän päihdeiden vaikutukset sosiaaliselle hyvinvoinnille avg: 1,99	52 / 22 %	126 / 54 %	54 / 23 %	0 / 0 %	100 %
Tiedän päihdeiden vaikutukset mielenterveydelle avg: 1,94	51 / 22 %	115 / 50 %	64 / 28 %	1 / 0 %	100 %
Tiedän päihdeiden aiheuttamasta riippuvuudesta avg: 1,99	57 / 25 %	112 / 49 %	59 / 26 %	2 / 1 %	100 %
Tiedän mini-intervention toimin- tapperiaatteet avg: 1,54	13 / 6 %	48 / 21 %	76 / 33 %	90 / 40 %	100 %
Tiedän päihdeasiakkaan/potilaan motivoivan haastattelun mene- telmän periaatteet avg: 1,35	7 / 3 %	23 / 10 %	76 / 33 %	124 / 54 %	100 %
Tiedän päihdeasiakkaan/potilaan palvelujärjestelmän avg: 1,31	4 / 2 %	37 / 16 %	106 / 46 %	84 / 36 %	100 %
Tiedän päihdeasiakkaan/potilaan hoitopolun avg: 1,23	4 / 2 %	27 / 12 %	119 / 52 %	80 / 35 %	100 %
Yhteensä	226 kpl / 11 %	652 kpl / 31 %	797 kpl / 38 %	401 kpl / 19 %	

Liite 10. Frekvenssi- ja prosenttijakaumat liittyen vastaajien arvioon päihdetyön taidoistaan

23. Arvioni päihdetyön taidoistani

	Erittäin hyvin (Arvo: 3)	Hyvin (Arvo: 2)	Kohtalaisesti (Arvo: 1)	En lainkaan (Arvo: 0)	Yhteensä
Hallitsen päihdeasiakkaan/potilaan kohtaamisen avg: 1,42	9 / 4 %	65 / 30 %	126 / 57 %	20 / 9 %	100 %
Hallitsen päihdeiden puheeksi ottamisen avg: 1,51	13 / 6 %	66 / 30 %	100 / 46 %	38 / 18 %	100 %
Osaan käyttää mini-interventiota avg: 1,38	3 / 1 %	31 / 15 %	63 / 30 %	114 / 54 %	100 %
Osaan motivoida päihdeasiakkaan/potilaan omaan hoitoonsa avg: 1,28	3 / 1 %	38 / 18 %	116 / 54 %	57 / 27 %	100 %
Osaan ottaa päihdeasiakkaan/potilaan perheen mukaan hoitoprosessiin avg: 1,26	4 / 2 %	29 / 14 %	107 / 50 %	73 / 34 %	100 %
Osaan ottaa päihdeasiakkaan/potilaan verkostot mukaan hoitoon avg: 1,30	5 / 2 %	31 / 15 %	101 / 48 %	74 / 35 %	100 %
Osaan aktivoida päihdeasiakkaan/potilaan verkostoja tavoitteiden suunnassa avg: 1,23	3 / 1 %	22 / 10 %	98 / 46 %	89 / 42 %	100 %
Osaan toimia moniammatillisessa työryhmässä avg: 1,62	22 / 10 %	74 / 35 %	94 / 44 %	22 / 10 %	100 %
Osaan konsultoida kollegoita päihdeasiakkaan/potilaan asioissa Perusturvaliikelaitos Saarikan alueella avg: 1,66	21 / 10 %	79 / 37 %	84 / 39 %	29 / 14 %	100 %
Osaan konsultoida erikoissairaanhoidon päihdepotilaan asioissa avg: 1,31	7 / 3 %	27 / 13 %	97 / 46 %	80 / 38 %	100 %
Voin hyödyntää omaa päihdeosaamistani työssäni avg: 1,41	9 / 4 %	52 / 25 %	108 / 52 %	40 / 19 %	100 %
Yhteensä	99 kpl / 4 %	514 kpl / 22 %	1094 kpl / 47 %	636 kpl / 27 %	

Liite 11. Frekvenssi- ja prosenttijakaumat liittyen päihdetyön osaamisen kehittämistarpeisiin

24. Päihdetyön osaamisen kehittämistarpeeni. Tarvitsen lisäkoulutusta, tietoja ja taitoja seuraavista:

	Erittäin paljon (Arvo: 4)	Paljon (Arvo: 3)	Jonkin verran (Arvo: 2)	Vähän (Arvo: 1)	En lainkaan (Arvo: 0)	Yhteensä
päihdeasiakkaan/potilaan kohtaamiseen avg: 2,39	22 / 10 %	66 / 30 %	86 / 40 %	30 / 14 %	13 / 6 %	100 %
päihdeongelman puheeksi ottamiseen avg: 2,41	19 / 9 %	69 / 32 %	86 / 40 %	25 / 12 %	14 / 7 %	100 %
päihteiden vaikutuksesta fyysiselle terveydelle avg: 2,08	9 / 4 %	41 / 19 %	106 / 50 %	43 / 20 %	12 / 6 %	100 %
päihteiden vaikutuksesta mielenterveydelle avg: 2,12	8 / 4 %	52 / 24 %	99 / 46 %	44 / 21 %	11 / 5 %	100 %
päihteiden vaikutuksesta sosiaaliselle hyvinvoinnille avg: 2,11	8 / 4 %	47 / 22 %	101 / 48 %	41 / 19 %	15 / 7 %	100 %
päihteiden aiheuttamasta riippuvuudesta avg: 2,15	10 / 5 %	51 / 24 %	97 / 46 %	41 / 19 %	13 / 6 %	100 %
motivoivan haastattelun tekniikkaan avg: 2,74	34 / 16 %	97 / 47 %	49 / 24 %	18 / 9 %	10 / 5 %	100 %
asiakkaan/potilaan osallistamisesta hoitoprosessiin avg: 2,61	30 / 14 %	83 / 40 %	64 / 31 %	22 / 11 %	10 / 5 %	100 %
perheen osallistamisesta hoitoprosessiin avg: 2,61	27 / 13 %	88 / 42 %	61 / 29 %	22 / 10 %	12 / 6 %	100 %
työskentelystä sosiaalisen verkoston kanssa avg: 2,51	23 / 11 %	74 / 35 %	74 / 35 %	22 / 11 %	16 / 8 %	100 %
päihdeasiakkaan/potilaan palvelujärjestelmästä avg: 2,58	26 / 12 %	83 / 40 %	70 / 33 %	20 / 10 %	11 / 5 %	100 %
päihdeasiakkaan/potilaan hoitopolusta avg: 2,64	34 / 16 %	82 / 39 %	66 / 31 %	20 / 9 %	9 / 4 %	100 %
eri työskentelymuotojen/työmenetelmien vaikutuksista ja vaikuttavuudesta avg: 2,70	33 / 16 %	91 / 44 %	59 / 29 %	17 / 8 %	7 / 3 %	100 %
palvelun laadusta ja laadun kehittämisestä avg: 2,60	30 / 14 %	79 / 38 %	72 / 35 %	19 / 9 %	8 / 4 %	100 %
moniammatillisesta ryhmätyöskentelystä avg: 2,36	20 / 10 %	63 / 30 %	84 / 41 %	31 / 15 %	9 / 4 %	100 %
päihdepalvelun tuottajista Perusturvaliikelaitos Saarikan alueella avg:	31 / 15 %	71 / 34 %	67 / 32 %	31 / 15 %	9 / 4 %	100 %

2,51						
päihdepalvelun tuottajista Keski-Suomen alueella avg: 2,59	34 / 16 %	77 / 36 %	67 / 32 %	25 / 12 %	8 / 4 %	100 %
konsultointimahdollisuuksista Perus- turvaliikelaitos Saarikassa avg: 2,43	31 / 15 %	64 / 31 %	63 / 30 %	40 / 19 %	9 / 4 %	100 %
mahdollisuuksista konsultoida eri- koissairaanhoitoa päideasioissa avg: 2,42	29 / 15 %	60 / 30 %	62 / 31 %	38 / 19 %	11 / 6 %	100 %
Yhteensä	458 kpl / 11 %	1338 kpl / 34 %	1433 kpl / 36 %	549 kpl / 14 %	207 kpl / 5 %	

Liite 12. Kyselylomakkeen kysymysten jaottelu tutkimusongelmittain

	Osa-alueet	kyselylomakkeen kysymys nro
Vastaajia kuvaavat tiedot		1. Työnantajasi 2. Ammattisi 3. Työtehtäviesi luonne 4. Koulutuksesi 5. Ikäsi 6. Työkokemuksesi nykyisissä tehtävissä vuosina 7. Kuinka paljon peruskoulutuksessasi oli erityisesti päihteisiin liittyvää koulutusta? 8. Oletko työssä ollessasi käynyt päihdekoulutuksessa (esim. ammatillinen täydennyskoulutus, toimipaikkakoulutus)?
Tutkimuskysymys 1 Millaisia ovat henkilöstön asenteet päihdeasiakkaisiin ja päihdetyöhön liittyen?	päihdeasiakkaisiin	9. Mistä ikäryhmästä kohtaat asiakkaita/potilaita lukumääräisesti eniten tällä hetkellä? 10. Arvioi kuinka suurella osalla asiakkaistasi tai potilaistasi prosentteina (%) on päihdeongelma? 14. Millaisia ajatuksia päihteitä käyttävä asiakas/potilas herättää sinussa? Valitse vaihtoehto joka parhaiten kuvaa ajatuksiasi. 15. Kuvaile millaista henkilöä ajattelet kun ajattelet päihdeongelmaista
	päihdetyöhön	16. Arvioi seuraavaksi päihteitä käyttävän asiakkaan/potilaan hoidossa kokemiesi tunteita.
Tutkimuskysymys 2 Millaista on henkilöstön toteuttama päihdetyö?		11. Kuinka usein kohtaat työssäsi asiakkaita/potilaita, joilla on riippuvuus ongelma seuraavien asioiden

		<p>osalta?</p> <p>12. Kuinka usein otat työsäsi puheeksi riippuvuusongelman asiakkaan/potilaan kanssa?</p> <p>13. Riippuvuusongelman puheeksi otto on vaikeaa, koska</p> <p>17. Arvioi mitä eri työskentelytapoja käytät</p> <p>21. Toimintamallien ja ohjeiden merkitys päihdepalveluissa.</p> <p>kohdatessasi päihteitä käyttävän asiakkaan/potilaan.</p>
<p>Tutkimuskysymys 3</p> <p>Miten Saarikan alueen päihdepalvelujärjestelmä ja yhteistyö toimivat?</p>		<p>18. Kuvaa mitä eri yhteistyömuotoja olet käyttänyt eri yhteistyökumppanien kanssa päihdeongelmaisten hoidossa viimeisen vuoden aikana.</p> <p>20. Minun on vaikea tietää mihin ohjaan päihdeasiakkaan.</p> <p>19. Päihdepalveluasiakkaan /potilaan jatkohoitoon ohjaus vuonna 2009.</p>
<p>Tutkimuskysymys 4</p> <p>Mitkä ovat henkilöstön tiedot, taidot ja keskeisimmät koulutustarpeet päihdetyön kehittämiseksi?</p>	<p>tiedot</p> <p>taidot</p> <p>koulutustarpeet päihdetyön kehittämiseksi</p>	<p>22. Arvioni päihdetyön tiedoistani</p> <p>23. Arvioni päihdetyön taidoistani</p> <p>24. Päihdetyön osaamisen kehittäminen tarpeeni. Tarvitseen lisäkoulutusta, tietoja ja taitoja seuraavista:</p> <p>25. Muita kommentteja ja huomioita moniammatillisesta päihdetyöstä ja päihdepalveluiden kehittämisestä Saarikassa</p>